



**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**  
**CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**  
**4º ANO**

**Implicações Psicossociais da Amputação dos Membros Inferiores nos**  
**Utentes Diabéticos no Hospital Dr. Baptista de Sousa**

*Zuleica Maria Morais, nº 2377*

Mindelo, Setembro de 2014

# **Implicações Psicossociais da Amputação dos Membros Inferiores nos Utentes Diabéticos no Hospital Dr. Baptista de Sousa**

*Zuleica Maria Morais, n.º2377*

“Trabalho apresentado à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para  
obtenção do grau de Licenciada em Enfermagem”.

*Orientadora:*  
*Enfermeira Fernanda Duarte*

Mindelo, Setembro de 2014

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho à todos aqueles que contribuíram, e que me apoiaram em todas as metas. Ao meu companheiro Flávio Maurício pelo apoio, incentivo, amor e pela presença constante ajudando-me a enfrentar as dificuldades encontradas. Ao meu filho Fábio Maurício que veio ao mundo logo no meio desta etapa transmitindo-me ânimo para ultrapassar os obstáculos. Ao meu padrinho Salazar Fonseca pelo apoio financeiro e pelo incentivo, que sem a qual não seria possível a concretização dessa licenciatura.

## AGRADECIMENTOS

Torna-se fundamental expressar o meu agradecimento e reconhecimento à todas as pessoas que contribuíram para a concretização e que me ajudaram ao longo deste percurso.

Assim aproveito este espaço para deixar os meus sinceros agradecimentos.

À Deus, fonte de toda a sabedoria e força suprema que me ajudou a caminhar em busca desta realização.

Um agradecimento muito especial aos meus familiares: José Morais, Maria Cipriana Miranda, ao meu filho Fábio Maurício, aos meus irmãos e ao meu companheiro Flávio Maurício.

À orientadora Enfermeira Fernanda Duarte pela brilhante orientação.

À uma amiga muito especial, a Enfermeira Alaciny Brito, pelo apoio e pela disponibilidade;

Às pessoas que amavelmente aceitaram participar e por serem parte integrante deste trabalho.

Aos colegas de Licenciatura que sempre disponibilizaram um espírito de equipa.

Enfim, agradeço à todos os que participaram e contribuíram de alguma maneira na realização deste trabalho.

**À todos muito obrigado.**

## Índice Geral

INTRODUÇÃO .....	11
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	14
1.1 Conceptualização .....	15
1.2 Diabetes <i>Mellitus</i> .....	15
1.2.1 A diabetes e suas complicações.....	20
1.2.2 O pé diabético.....	21
1.2.3 A amputação.....	24
1.3 Necessidades Humanas Fundamentais (NHF) afectadas no utente com amputação dos membros inferiores .....	26
1.4 As implicações psicossociais da amputação .....	30
1.5 A família e o utente amputado .....	37
1.6 O utente amputado e a reabilitação .....	38
1.7 Questões de carácter legal e ético na amputação .....	39
1.8 Os cuidados de enfermagem face aos utentes com amputação dos membros inferiores no pré e pós-operatório .....	41
1.9 Orientações educacionais básicos para cuidados dos pés .....	45
CAPÍTULO II - PERCURSO METODOLÓGICO .....	48
2.1 Explicitação metodológica.....	49
2.2 Tipo de estudo .....	50
2.3 População.....	51
2.4 Instrumento de colheita de dados .....	52
2.5 Acesso ao campo de estudo .....	53
2.6 Procedimentos éticos e legais .....	53
CAPÍTULO III - FASE EMPÍRICA .....	56
3.1 Apresentação e análise dos dados .....	57
3.2 Caracterização da população em estudo .....	57
3.3 Análise de conteúdo das entrevistas.....	58
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	66
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	68
ANEXOS.....	75

## **Índice de Quadros**

Quadro 1 - Caracterização do pé conforme fatores neuropáticos ou isquêmicos. ....	23
Quadro 2 - Caracterização dos entrevistados .....	58
Quadro 3 - Distribuição das entrevistas realizadas em Categorias e Subcategorias .....	59

## **Índice de Anexos**

<b>Anexo 1</b> - Guião de Entrevista.....	76
<b>Anexo 2</b> - Pedido de Autorização ao Hospital Dr. Baptista de Sousa para o estudo .....	77
<b>Anexo 3</b> - Autorização para Recolha de Dados da Coordenadora de Curso.....	78
<b>Anexo 4</b> - Autorização do conselho de ética do HBS para a aplicação do estudo.....	79
<b>Anexo 5</b> -Pedido de consentimento informado aos utentes diabéticos amputados do HBS .....	80

## RESUMO

Com o presente estudo pretende-se conhecer as Implicações Psicossociais da Amputação dos Membros Inferiores dos Utentes Diabéticos.

A diabetes *mellitus* é considerada um importante problema de saúde pública, uma vez que é altamente prevalente, mormente considerando o progressivo aumento na sua incidência nos últimos anos. As complicações crónicas da diabetes são as importantes causas da morbilidade e mortalidade dos utentes que sofrem dessa patologia, e de entre elas se destacam as amputações em membros inferiores (MI).

A alteração da auto-imagem corporal leva a pessoa a sentimentos de inferioridade e ansiedade que devem ser minimizados pelos profissionais de saúde, nomeadamente pelos enfermeiros, com a estimulação para o auto-cuidado. Uma pessoa submetida a uma cirurgia de amputação sente-se física e emocionalmente instável, e isso faz com que ela tenha uma certa perda de domínio/autonomia em satisfazer algumas Necessidades Humanas Fundamentais nas suas actividades de vida diária.

Nessa conjuntura, é fundamental um trabalho integrado dos diversos profissionais envolvidos na reabilitação dos utentes para estimular e valorizar a capacidade da pessoa tendo em vista a recuperação total.

Optou-se por um estudo de carácter investigativo, baseado numa abordagem Qualitativa e Descritiva, sendo que a população desenhada para o estudo foram os utentes diabéticos com amputação MI, englobando seis (6) utentes, internados no serviço de cirurgia, do Hospital Doutor Baptista de Sousa (HBS), em São Vicente (SV), Cabo Verde (CV). Esses que apresentaram idades compreendidas entre 35 e os 65 anos, sendo quatro do sexo feminino e dois do sexo masculino. O instrumento de colheita de dados seleccionado foi a Entrevista Semi-Estruturada, de perguntas abertas.

Os objetivos do estudo foram alcançados, devendo-se aqui destacar a importância do apoio da família, amigos e do enfermeiro na fase de reabilitação do utente, pois o ajuda a enfrentar com optimismo os impactos a nível psicológico e social.

**Palavras-chave:** Diabetes *Mellitus*, Pé-Diabético, Amputação, Implicações Psicossociais, Cuidados de Enfermagem.



## ABSTRACT

This study meant to know the Psychosocial Implications of Lower Limb Amputation in Patients with Diabetes.

Diabetes *Mellitus* is seen as sensitive public health problem, since it is highly prevalent, especially considering the consistent increase in its incidence in the recent years. The chronic complications of diabetes are the major causes of morbidity and mortality in patients who suffer from this disease, and between them stand out amputations of the lower limbs.

The change in self-image causes feeling of inferiority and anxiety that should be minimized by health professionals, including nurses, with stimulation for self-care. A person subjected to amputation surgery feels physically and emotionally unstable, and this leads to a certain loss of control/autonomy on satisfying some Fundamental Human Needs on the day-to-day life activities.

At this stage, it is essential to integrated the various professionals involved in the rehabilitation, to stimulate and enhance the patient's ability, having in mind a complete recovery state.

A study of investigative nature was chosen, based on a qualitative and descriptive approach, and the population for the study was the diabetes patients with amputation of lower limb, consisting of six (6) patients, admitted to the Surgery Department at Hospital Doctor Baptista de Sousa (HBS), in São Vicente (SV), Cape Verde (CV). The subjects, with age between 35 and 65 years, are four female patients and two male patients. The instrument for collecting the selected data was the Semi-Structured Interview with open questions.

The objectives of the study were achieved; and it should be stressed the importance of the support from family, friends and nurse in the rehabilitation phase of the patient, allowing hip to look at the psychological and social impacts with optimism.

**Keywords:** Diabetes *Mellitus*, Diabetic-Foot, Amputation, Psychosocial Implications, Nursing Cares.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

<b>ADA</b>	Associação Americana de Diabetes
<b>ANAD</b>	Associação Nacional de Assistência ao Diabético
<b>APDP</b>	Associação Protectora dos Diabetes de Portugal
<b>CAD</b>	Cetoacidose Diabética
<b>DM</b>	Diabetes Mellitus
<b>DM I</b>	Diabetes Mellitus tipo I
<b>DM II</b>	Diabetes Mellitus tipo II
<b>HBS</b>	Hospital Dr. Baptista de Sousa
<b>MI</b>	Membros Inferiores
<b>MSB</b>	Ministério de Saúde de Brasil
<b>NHF</b>	Necessidades Humanas Fundamentais
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>SBD</b>	Sociedade Brasileira de Diabetes

## INTRODUÇÃO

O trabalho que se apresenta tem a finalidade de se constituir como um dos principais requisitos para a aquisição do grau de Licenciatura em Enfermagem, leccionada pela Universidade do Mindelo no decurso do ano Lectivo 2013/2014.

O principal objectivo é a obtenção de um estudo de carácter científico e investigativo onde a temática reflecte sobre: **As Implicações psicossociais da amputação dos membros inferiores nos doentes diabéticos no Hospital Dr. Baptista de Sousa.**

Segundo Bona, Ferraz e Barbosa, (2010, p.1):

“A diabetes mellitus (DM) é um importante problema de saúde pública, tanto pela sua alta prevalência quanto pelas suas complicações, entre as complicações o pé diabético, que é a principal causa das amputações e acarreta comprometimento na produtividade e qualidade de vida dos utentes”.

Para Borges, Gorayeb e Freitas (2013, p. 215) a “sua incidência e prevalência estão aumentando e alcançando proporções epidémicas. Pelo menos 346 milhões de pessoas no mundo sofrem dessa patologia, e estima-se que esse número, provavelmente, irá mais do que dobrar até o ano 2030”.

Ainda, Santos (2013, p.51) afirma que:

“Por ser uma doença crónica e degenerativa, urge a necessidade de um bom controlo durante o tratamento incluindo a prática do auto-cuidado, a fim de prevenir ou minimizar possíveis complicações. O pé diabético é uma das mais devastadoras complicações crónicas do DM, em função do grande número de casos que evoluem para a amputação”.

A autora Vieira (2009, p. 43) evidência que “um dos maiores desafios para o estabelecimento do diagnóstico precoce em pessoas diabéticas em risco de ulceração nos membros inferiores é a inadequação do cuidado para com os pés ou a falta de um simples exame dos mesmos”.

Segundo Santos (2013, p.56):

“É importante que os profissionais de saúde envolvam a pessoa diabética em todas as fases do processo de educação em saúde, para que esta possa assumir a responsabilidade do papel terapêutico, pois somente após esta etapa, que o utente dominará os conhecimentos desenvolverá habilidades que o instrumentalizem para o auto-cuidado”.

A escolha do tema vai de encontro com o interesse pessoal, das vivências académicas e curiosidade despertado durante os ensinamentos clínicos realizados no ambiente hospitalar e perante as vivências sociais, onde pretende-se realçar **as implicações psicossociais da amputação dos membros inferiores nos utentes diabéticos.**

Segundo Caldeira e Pape (2002, p.369) “a amputação de um membro contínua ainda hoje a ser uma das mais temidas complicações da diabetes e os problemas do pé diabético continuam a ser uma das principais causas de internamento”.

Para Silva (2006, p.14) “a amputação implica, além da óbvia transformação física, uma transformação psicológica do indivíduo, o que lhe exige recursos de adaptação e reequilíbrios profundos. Com a perda de parte do corpo, o sujeito sofre uma alteração brusca na imagem corporal”.

Ainda a mesma autora sublinha que:

“É necessário que o indivíduo reformule a sua imagem corporal, incorporando as novas limitações físicas, e adaptando-se ao seu novo estado físico. A aceitação da perda física é pois, necessária para que o indivíduo possa relacionar-se com os outros e consigo mesmo de forma mais autêntica” (*Ibidem*).

O objectivo deste estudo é identificar as implicações psicossociais da amputação dos membros inferiores nos utentes diabéticos internados no serviço de cirurgia do Hospital Dr. Baptista de Sousa (HBS) e conhecer como isso os afecta no dia-a-dia.

Como futura profissional de enfermagem, é importante conceder a merecida importância da pesquisa, visto ser um problema de saúde que está a afectar a nossa sociedade, e de dar a compreender aos enfermeiros que as implicações psicossociais devem ser trabalhadas com o utente de forma global fornecendo assim melhor bem-estar ao utente.

Assim para o desenrolar do trabalho foi pertinente a elaboração da seguinte pergunta de partida:

**Quais as implicações psicossociais da amputação dos membros inferiores nos doentes diabéticos no serviço de cirurgia do Hospital Dr. Baptista de Sousa (HBS)?**

De modo que para dar resposta a pergunta de partida, foi traçado o seguinte **objectivo geral**:

- Identificar quais são as implicações psicossociais da amputação dos membros inferiores nos utentes diabéticos.

Como forma de melhor estruturar a pesquisa delineada para este estudo foi definida os seguintes **objectivos específicos**:

- Identificar as Necessidades Humanas Fundamentais afectadas na amputação;
- Analisar a importância da família na recuperação do utente;
- Identificar os cuidados de enfermagem face aos utentes com amputação dos membros inferiores no pré e pós-operatório.

Para dar resposta a esta problemática, optou-se por um método de estudo Descritivo com abordagem qualitativa, sendo que o instrumento de colheita de dados utilizado foi a entrevista semi-estruturada, tendo por base, inicialmente a revisão bibliográfica.

A partir desses objectivos traçados, o presente estudo seguirá uma linha organizacional, que será dividida em três capítulos, sendo que o primeiro capítulo estará dedicado a fase conceptual ou enquadramento teórico, em que será abordada os objectivos específicos.

No segundo capítulo, será feito a descrição da metodologia aplicada. E por fim, no terceiro capítulo, a fase empírica que engloba a apresentação dos resultados obtidos durante o processo de investigação. Este percurso termina com as considerações finais e a apresentação das referências bibliografias consultadas e os anexos considerados importantes.

## **CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## 1.1 Conceptualização

No desenvolvimento de um trabalho de investigação, “é fundamental a elaboração de um enquadramento teórico, que permita uma ligação entre a nova investigação e o conhecimento já existente” (Beck e Hungler, 2004, *apud* Favas, 2012, p.18).

Também Fortin *apud* Favas, 2012, p.18, sublinha que “o quadro conceptual permite reagrupar os conceitos pertinentes, de modo a caracterizar ou a descrever o fenómeno estudado, fornecendo uma justificação racional e uma perspectiva do estudo”.

## 1.2 Diabetes Mellitus

De acordo com Medina (2011, p.7) “a DM é definida como um grupo de doenças do metabolismo que pode ter várias causas e que é caracterizado pelo aumento da glicose no sangue, acompanhado de alteração do metabolismo dos hidratos de carbono das gorduras e das proteínas”.

Para Vieira (2009, p. 5) “é uma doença crónica que surge quando o pâncreas produz uma quantidade insuficiente de insulina ou quando o organismo não consegue utilizar a insulina produzida”.

Complementando Bennet *apud* Souza, 2008, p. 23 refere que:

“A DM é um distúrbio crónico que tem como característica o comprometimento do metabolismo da glicose e de outras substâncias produtoras de energia, com também o desenvolvimento tardio de complicações vasculares (que afectam os vasos sanguíneos de pequeno e grande calibre) e neuropática. Consiste num conjunto de distúrbios que envolvem diferentes mecanismos patogénicos cujo denominador comum é a hiperglicemia”.

Gorayeb e Freitas (2013, p.216) defendem que “é uma patologia que demanda, para o seu controle, comportamentos de auto- cuidado para que as taxas de glicemia sejam mantidas o mais próximo possível dos valores normais (70 a 100mg/dl), exigindo dos doentes muitas alterações em suas rotinas”.

Ainda, as mesmas autoras enfatizam que:

“As alterações podem ser difíceis, pois requerem mudanças de hábitos alimentares, selecção de alimentos, controlo de quantidade e horários das refeições, e também actividades físicas regulares. Essas implicações podem levar a não adesão do tratamento, isso possivelmente está associado às dificuldades de manutenção dos comportamentos de auto-cuidado, diante de dificuldades emocionais e sociais enfrentadas pelos utentes” (*Ibidem*).

Neste sentido Souza (2008, p. 23) afirma que:

“A DM encontra-se entre as principais causas de morte em vários países do mundo, e cerca de 20% de todos os diabéticos desenvolvem úlceras de membros inferiores em algum momento de suas vidas. Na maior parte dos casos, o pé diabético ou “o pé em risco” evolui para amputação dos membros inferiores”.

Segundo Medina (2011, p.10) existem quatro tipos de diabetes, sendo eles: “a Diabetes *Mellitus* tipo I, Diabetes *Mellitus* tipo II, Diabetes *Mellitus* gestacional e outros tipos específicos”.

Na **Diabetes Tipo I**, “resulta da destruição das células pancreáticas produtoras de insulina (as células beta) o pâncreas não produz insulina (ou produz pouca), o que não permite que a glucose que esta em circulação no sangue entre nas células e seja utilizada como energia” (Medina, 2011, p.10).

Já para Associação Protectora das Diabetes de Portugal (APDP, 2009, p.6) “a diabetes **tipo I**, também conhecida como diabetes insulino-dependente, é mais rara e atinge, na maioria das vezes, crianças ou jovens mas pode também aparecer em adultos, e até em idosos. Estes diabéticos necessitam de terapia com insulina para toda a vida”.

Na **diabetes tipo II**, “resulta de uma diminuição progressiva da secreção de insulina associada a um estado de resistência a insulina. É uma doença relacionada, sobretudo, com os estilos de vida moderna (Medina, 2011, p.10)”.

Para Vieira (2009, p. 8):

“Na Diabetes Tipo II a produção de insulina pelo pâncreas não é suficiente para as necessidades do organismo. Ocorre uma situação de insulino-resistência em que as necessidades de insulina são muito superiores ao que seria normal. Na primeira fase, o pâncreas responde com o aumento na produção, mas, com a evolução da doença, acaba por entrar em “exaustão” e a produção de insulina vai diminuindo” (*Ibidem*).

A **Diabetes Mellitus Gestacional** “surge unicamente durante a gravidez e habitualmente desaparece após o parto, é indicador de que existe um risco aumentado para a mulher vir a ter diabetes tipo II, mais tarde” (Medina, 2011, p.10).

Ainda o mesmo autor sublinha que “existem **outros tipos específicos** em que a diabetes é causada por outras doenças (doenças do pâncreas, doenças endócrinas), infecções, alterações genéticas das células  $\beta$  (beta), ou por substâncias químicas” (*Ibidem*).

Segundo Souza (2008, p. 24):

“A DM deixou de ser apenas uma doença complexa para se tornar um problema relevante de saúde pública e de suma importância, em vista de sua prevalência elevada e ascendente, de morbilidade e mortalidade determinadas pelas suas complicações crónicas e do seu enorme impacto social e económico”.



Ainda de acordo com Souza (2008, p.24)“esta doença está associada a complicações que comprometem a produtividade, a qualidade de vida e a sobre vida dos indivíduos além de necessitar de altos custos para seu tratamento e das suas complicações”

De acordo com a APDP (2001, p.30):

“Quem tem mais probabilidade de se tornarem diabético, são os indivíduos que têm familiares próximos com diabetes, como idade acima de 30 anos, os obesos, hipertensão arterial ou níveis elevados de colesterol no sangue, as mulheres que tiveram diabetes gestacional, ou filhos com peso a nascença igual ou superior a 4 kilogramas e pessoas com doenças do pâncreas ou endócrinas”.

Nesta mesma linha de ideias, Vieira (2009, p.10) afirma que:

“As manifestações clínicas da DM incluem a poliúria, a polidipsia e a polifagia. A poliúria e a polidipsia estão relacionadas à perda excessiva de líquidos associados à diurese osmótica e a polifagia é devido a carência de açúcar no interior das células e os outros sintomas englobam a fraqueza, alterações súbitas na visão, formigamento ou dormência nas mãos ou pés, hipertensão, pele seca, rápidas alterações de peso (ganho ou perda), infecções recorrentes”.

Florence Nightingale sonhou com uma enfermagem que colocasse o utente, ou seja, a pessoa que sofre, no centro das atenções. Assim pretendia que “o enfermeiro olhasse o utente como um todo e não apenas pela soma das partes, de facto o ser humano deve ser valorizado como um ser único e individual e acima de tudo auto-responsável pela sua saúde” (Carvalho, *apud* Barbosa, 2010, p. 20).

Embora não seja exclusivo do enfermeiro “o cuidar constitui a essência da própria enfermagem, os cuidados de enfermagem têm por foco de atenção a relação interpessoal do enfermeiro com a pessoa, ou do enfermeiro com um grupo de pessoas, famílias, ou comunidade” (Moniz, 2003, p. 23).

Segundo Monahan *et al* (2010, p.144):

“As doenças crónicas são hoje consideradas um dos maiores grupos que necessitam de educação para a saúde e com o aumento da longevidade da população, aumenta também o número de pessoas portadoras dessas doenças, e somente a aquisição de informações sobre as suas condições de saúde, que conseguem participar activamente, assumindo responsabilidades para o auto cuidado”.

Ainda os autores referem que “para ajudar essas pessoas a se adaptarem a doença, prevenir complicações, aderir a terapêutica e prevenir novas hospitalizações, “ é necessário criar e estabelecer metas em programas de educação em saúde” (*Ibidem*).

Para Santos (2013, p.53) “este processo educacional deve começar quando a pessoa recebe o diagnóstico, informando-o sobre o que é diabetes e como adaptar a situação de vida do ser diabético”.

Ainda o autor Santos (2013, p.53) refere que:

“A educação em saúde pode ser compreendida como uma das estratégias de conscientização dos indivíduos sobre sua doença. Sua finalidade é sensibilizar e estimular a mudança na maneira de agir dos pacientes com relação às medidas de auto cuidado e promovendo sua efectiva adesão. Portanto, esse processo educativo deve ser simples, relevante e contínuo” (*ibidem*).

Acrescentando, (Souza, 2008, p.20) afirma que:

“A educação em saúde deve ser disponibilizada para todas as pessoas diabetes e seus familiares, criando vínculo com os profissionais/serviço. A enfermagem tem um papel importante nessa prática de educação, orientando sobre o auto-cuidado e participando na prevenção e no controlo da doença”.

Os enfermeiros, enquanto prestadores de cuidados são seres com qualidades especiais, que se dedicam as pessoas, com a intenção de ajudá-las, orientar e auxiliar nas situações de vida próprias.

Segundo a APDP (2001, p.181) “enfermeiro é o responsável pelo ensino, avaliação dos conhecimentos e capacidade de actuação do diabético”.

Santos (2013, p.54) argumenta que:

“A educação em diabetes é apontada como base para construção do auto-cuidado consciente, o que auxilia na prevenção e surgimento de complicações, melhorando a qualidade de vida dos portadores. Exerce importante influência na manifestação de um comportamento positivo para as mudanças nos hábitos de vida e na aderência ao tratamento clínico”.

Ainda o mesmo autor afirma que “a DM é uma doença que requer cuidados contínuos e exige da pessoa e seus familiares uma participação activa e constante, exigindo uma mudança radical do estilo de vida” (*Ibidem*).

No entanto acrescenta que “o enfermeiro como educador que actuará com os seus conhecimentos, experiências e sensibilidade no apoio e transmissão de informações, estimulando a pessoa com DM nessa jornada” (*Ibidem*).

Segundo (APDP, 2001, p.53) “a DM exige um tratamento e uma atenção a múltiplos factores e atinge a dinâmica de vida dos portadores em inúmeros aspectos, e de acordo com o cuidado com o DM requer três procedimentos básicos: educação alimentar, exercícios e medicação”.

Para Sousa (2008, p.26) “a principal meta do tratamento é normalizar a actividade da insulina e os níveis sanguíneos de glicose para reduzir o desenvolvimento de complicações. Este pode ser não-medicamentoso e o medicamentoso que são os hipoglicemiantes orais e o tratamento com a insulina”.

Segundo APDP (2001, p.53) “a educação alimentar deve estar pautada numa orientação nutricional que auxilia o indivíduo a fazer algumas mudanças no seu hábito alimentar, favorecendo um melhor controlo metabólico”.

Para fundamentar a APDP acrescenta que:

“A educação alimentar é um dos pontos fundamentais no tratamento do DM, visto que os planos alimentares, baseados na avaliação nutricional do indivíduo e no estabelecimento de objectivos terapêuticos, levando em considerações aspectos nutricionais, médicos e psicossociais, substituíram dietas com distribuições calóricas padronizada dos macro-nutrientes”.

Autores como Phipps, Sands e Marek (2003:1307) consideram que “os problemas alimentares nunca são simples, e convém não aplicar dietas restritivas, assim como tentar saber se a pessoa entendeu todas as informações desmistificando todos os conceitos errados que tem da doença, para determinar o sucesso do tratamento”.

Ainda a APDP (2001: 57) acrescenta que “na aprendizagem é importante o envolvimento da família e amigos, acerca da escolha dos alimentos e culinária saudável”.

Esses autores enfatizam a importância da mudança dos hábitos alimentares e do envolvimento familiar nesse processo mas também é de salientar que, muitas vezes para a obtenção de um bom sucesso e adaptação da pessoa afectada os familiares envolvidos deviam adoptar esses mesmos hábitos e comportamentos estimulando-o para o cuidar e uma transição mais suave.

Segundo (Vieira, 2009, p. 47) “está associada a uma educação alimentar e também a prática de exercícios físicos que, é essencial no tratamento do diabético e, além de proporcionar uma boa saúde, reduz as complicações oriundas da doença, garantindo uma boa qualidade de vida para o portador de diabetes”.

Na perspectiva de Phipps, Sands e Marek (2003, p.1306):

“O exercício físico é um excelente sintetizante da insulina, pois aumenta a absorção da glucose pelos músculos”, várias experiências clínicas, têm demonstrado que o exercício físico é da maior importância na diminuição da resistência à insulina e na perda de peso”.

De acordo com Souza, (2008, p.27):

“A Diabetes Mellitus é uma condição que exige tratamento e atenção constantes, em que se tratando do DM tipo II, muitas vezes, pode perfeitamente ser tratado com mudanças de estilo de vida, consistindo de dietas e exercícios. Porém, para algumas pessoas, estas mudanças são difíceis ou não eficazes”.

Seguindo o raciocínio de Souza (2008, p.27), diz que:

“São muitos os hipoglicemiantes disponíveis para ajudar no controle glicémico quando a dieta e exercícios não resolvem. Diante de sua suma importância, nos dias actuais é necessário que a população como um todo esteja ciente dos factores de risco e de predisposição do DM, bem como saiba identificar o seu quadro clínico, para que então possa adoptar medidas preventivas, bem como diagnosticar precocemente a patologia, minimizando os riscos de complicações futuras”.

Segundo (Vieira, 2009, p. 13) “até aos dias de hoje não foi descoberta a cura para a diabetes, assim é considerada uma doença para toda a vida, mas que controlada pode evitar o aparecimento de graves complicações”.

### **1.2.1 A diabetes e suas complicações**

Segundo (Black e Jacobs, 1996, p.1712):

“Antes da descoberta da insulina, as complicações em pessoas com diabetes tinham pouco significado porque a expectativa de vida era curta. Actualmente, “a esperança de vida é muito maior, mas infelizmente as complicações a longo prazo são inevitáveis, produzindo a longo prazo morbilidades significativas”.

Como pode-se constatar existem dois tipos de complicações da DM que são agudas e crónicas. Conforme Vieira, (2009, p.12) as complicações agudas “são aquelas que se instalam de forma abrupta, tais como, hipoglicemia, hiperglicemia, cetoacidose diabética (CAD) e infecções bacterianas”. Já as complicações crónicas “são aquelas que vão se instalando pouco a pouco com a evolução do diabetes, estas estão se tornando cada vez mais frequentes em virtude das pessoas conviverem por mais tempo com o diabetes” (*Ibidem*).

A autora debuta que as categorias gerais das complicações crónicas da diabetes “são doenças macrovascular (hipertensão, arteriosclerose, enfarte agudo do miocárdio, trombose, problemas circulatórios e gangrena), doença microvascular (retinopatia diabética, nefropatia, e neuropatia) ” (*ibid*, p.13).

Segundo Souza (2008, p. 28):

“A mais comum das complicações desencadeadas pelo mau controlo da Diabetes *Mellitus* é a neuropatia diabética. Estima-se que um em cada quatro portadores de diabetes desenvolverá uma úlcera nos pés durante a sua vida, o que, muitas vezes, podem vir a causar inúmeros problemas como infecções nas lesões e incapacidades”.

De acordo com (Vieira, 2009, p.12):

“É realidade que o indivíduo portador da diabetes, no decorrer de sua vida, está susceptível a desencadear inúmeras complicações seja de carácter agudo ou crónico. Geralmente, essas complicações resultam de um tratamento erróneo e, principalmente, do desconhecimento dos indivíduos em relação à gravidade da doença”.

Esses autores debruçam de forma muito clara sobre as complicações mas, não mencionam que muitas vezes essas complicações chegam precocemente devido a não-aceitação e da indisciplina do utente em relação a doença.

Persistindo em levar muitas vezes uma vida de forma desregrada sem qualquer controlo, precipitando assim essas complicações, causando amputações e levando a mortes que podiam ser evitadas.

### **1.2.2 O pé diabético**

Segundo (Souza, 2008, p.28):

“O pé humano é uma estrutura altamente especializada que tem como função dar suporte e servir como locomoção para o ser humano, além de ser importante para a estética corporal. É formado por inúmeras estruturas, as quais estão harmonicamente balanceadas para o cumprimento das suas funções, para isso, conta com uma rede de vasos especializados, constituídos de artérias, veias e vasos linfáticos, além dos nervos” (*Ibid*, p.29).

De acordo com Santos *et al* (2011, p.685):

“Uma vez instalada a lesão nos pés dos diabéticos, em que há uma deficiência circulatória nos membros inferiores, a mesma terá dificuldade no processo cicatricial, uma vez que a eliminação da oxidação tecidual e o aporte de oxigenação e nutrientes para lesão ficarão deficientes, ocasionando nos casos mais graves a amputação do membro afectado”.

Os autores Grossi e Pascali, 2009, p.13) fundamentam que “acoplado a essa realidade, não se pode esquecer que a hiperglicemia compromete a capacidade dos leucócitos destruir as bactérias, aumentando a possibilidade de infecção”.

Segundo a Associação Nacional de Assistência ao Diabético *apud* Souza, 2008, p.28, “o pé diabético é caracterizado pela presença de lesões nos pés em decorrência das alterações vasculares e/ou neurológicas peculiares do DM”.

Ainda refere que “trata-se de uma complicação crónica que ocorre em média após dez anos de evolução do DM e é a causa mais comum de amputações não traumáticas, por isso, sugere-se que uma intervenção intensiva possa prevenir o aparecimento ou atenuar a evolução do pé diabético” (*Ibidem*).

De acordo com Grossi e Pascali (2009, p. 11):

“O pé diabético é definido como sendo a situação de infecção, ulceração ou também destruição dos tecidos profundos dos pés associada a anormalidade neurológicas e vários graus de doenças vasculares periféricas nos membros inferiores de pacientes com DM”.

Corroborando a ideia, Santos *et al* (2011, p. 685) sublinham que:

“O pé diabético é uma das principais complicações da Diabetes Mellitus (DM), caracterizado pela presença de lesões nos pés decorrentes de neuropatias periféricas (90% dos casos), doença vascular periférica e deformidades representando uma parcela significativa de internações hospitalares prolongadas, morbidade e mortalidade”.

Segundo Morison, Moffatt e Franks (2010, p.313) “o pé diabético é a situação onde encontramos a diminuição de sensibilidade protectora, deformidades, alteração de pontos de pressão plantar e diminuição do fluxo arterial que podem acontecer simultaneamente ou não”.

Para a Associação Nacional de Assistência ao Diabético *apud* Souza, 2008: 28, “os níveis elevados de glicose sanguínea por um período longo podem gerar a perda sensitiva e dificuldade na circulação do sangue nos pés dos portadores de diabetes”. “Com essa perda sensitiva e má circulação, o indivíduo pode não sentir cortes, machucados e queimaduras, o que predispõe o surgimento de infecções e consequentemente, interferência no controlo da diabetes” (Souza, 200, p.28).

A sequência de eventos no desenvolvimento da úlcera de pé diabético “começa com uma lesão nos tecidos moles do pé, formação de fissura entre os dedos ou na área da pele ressecada ou formação de calo” (*Ibidem*).

Para Santos *et al* (2011, p. 685):

“A lesão pode ser térmica (causada por hábitos como andar com os pés sem calçados sobre solo quente, andar na praia, uso de compressas quentes ou frias), por substâncias químicas (como queimadura do pé pelo uso de agentes cáusticos nas calosidades) ou do tipo traumático (como o uso de meias e sapatos com má adaptação), comprometendo assim a circulação”.

Segundo Morison, Moffatt e Franks (2010, p.314) “diante do cliente que apresenta úlcera diabética, durante o seu atendimento é primordial que se defina o tipo de lesão para que a melhor terapêutica seja estabelecida”, como mostra o quadro a seguir:

**Quadro 1** - Caracterização do pé conforme fatores neuropáticos ou isquêmicos.

	<b>Isquêmico</b>	<b>Neuropático</b>
<b>Coloração</b>	Pálido ou cianótico. Rubor quando pendente em casos de grande comprometimento	Normal ou avermelhada no caso de vasodilatação por auto-sympatectomia.
<b>Pele</b>	Ausência de redução de pelos.	Seca, com fissuras e ou calosidades plantares
<b>Unhas</b>	Atróficas, grossas com sulcos (observar presença de infecção fúngica em unhas e entre dedos).	
<b>Deformidades</b>	Ausentes	Podem estar presentes (pé cavo, cabeças dos metatarsos proeminentes).
<b>Temperatura</b>	Diminuída	Normal ou aumentada
<b>Pulsos</b>	Diminuídos ou ausentes	Presente
<b>Sensibilidades</b>	Presente	Diminuída ou ausente
<b>Queixas</b>	Dor tipo claudicação, evoluindo para dor em repouso que piora com a elevação do membro inferior.	Parentesias, anestesia, dor do tipo queimação ou lancinante.
<b>Úlceras</b>	Em geral nas regiões marginais e dedos	Em geral, plantar (mal perfurante)

Fonte: (Morison, Moffatt e Franks, 2010, p.314).

Os autores, Morison, Moffatt e Franks (2010, p. 314) salientam que:

“O pé neuropático, no qual predomina a neuropatia mas o aporte arterial fundamental ao pé se encontra intacto, e o pé neuroisquêmico, no qual a neuropatia e isquemia resultam de um aporte arterial reduzido contribuem, em simultâneo, para a apresentação clínica. O pé neuropático a necrose é invariavelmente húmida e é geralmente causada por infecção que complica uma úlcera e leva a vasculite séptica das artérias digitais e pequenas do pé. A necrose pode envolver as camadas cutâneas, subcutâneas e facial, na pele é facilmente evidente, nas camadas subcutânea e facial não é tão evidente”.

Nesta mesma linha de ideias acrescentam Morison, Moffatt e Franks (2010, p. 313) que:

“No pé neuro isquêmico pode ocorrer necrose húmida que é causada por um vasculite séptica, no entanto, a perfusão arterial reduzida do pé, resultante de doença aterosclerótica das artérias da perna, necrose seca é geralmente secundária a uma redução grave na perfusão arterial e ocorre em três circunstâncias: a isquemia crônica grave, a isquemia aguda e êmbolos nos dedos”.

Segundo Vieira (2009, p.42):

“Os pés do doente diabético merecem especial atenção, pois qualquer diabético corre o risco de um dia vir a desenvolver um problema relacionado com os pés, mesmo que aparentemente seja pouco alarmante, pode rapidamente evoluir para uma infecção e posterior amputação”.

De acordo com Morison, Moffatt e Franks (2010, p.314) a história natural do pé diabético pode dividir-se em seis fases:

- 1) O pé normal que não se encontra em risco: Os doentes não têm os fatores de risco que os tornam vulneráveis às úlceras do pé estes são a neuropatia, isquemia, deformação, calo e edema;
- 2) Pé de alto risco: O doente desenvolveu um ou mais fatores de risco para ulceração do pé;
- 3) Pé com úlcera: A ulceração encontra-se na superfície plantar do pé neuropático e na margem do pé neuro-isquémico;
- 4) Pé com celulite: A úlcera desenvolveu infecção com a presença de celulite, o que pode complicar tanto o pé neuropático como o pé neuro- isquémico;
- 5) Pé com necrose: No pé neuropático, a causa é habitualmente a infecção. No pé neuroisquémico, a infecção é ainda o motivo mais frequente, ainda que a isquemia grave possa levar directamente a necrose;
- 6) O pé não consegue salvar-se e irá precisar de uma amputação maior.

### **1.2.3 A amputação**

Segundo Carvalho *apud* Bazhuni e Anna, 2006, p. 87, é definida como “a retirada geralmente cirúrgica, total ou parcial de um membro”.

Silva *et al*, (2010, p. 407), afirmam que:

“A amputação é marcada pela falta de um membro ou parte dele, as pessoas submetidas a amputação trazem consigo sinais que identificam como sendo diferentes, frequentemente sendo vistas como imperfeitos e incapazes e causa uma mudança permanente na aparência e auto-imagem do indivíduo”.



Para Bazhuni e Anna (2006, p. 87) “na amputação a perda total ou parcial de um membro influencia directamente a imagem corporal do paciente e por consequência, a estrutura de sua identidade”.

Segundo Silva (2006, p. 26) “a amputação é um procedimento cirúrgico que consiste no corte ou seccionamento de um membro, surge sempre como o último recurso, quer tenha na sua origem uma doença súbita ou crónica”.

Ainda o mesmo autor refere que “o principal objectivo da cirurgia da amputação é eliminar um tecido doente ou lesionado, de forma a evitar o agravamento do estado de saúde do utente, que poderá conduzi-lo á morte”.

Para Bazhuni e Anna (2006, p.87) “este procedimento está associado à alta mortalidade operatória, baixos índices de reabilitação, altas taxas de mortalidade tardia e acomete em maior número pessoas na faixa etária de mais de 50 anos”.

Segundo Rothrock (2008, p.960)

“As amputações são classificadas pela localização da amputação, podendo dividir-se em amputação dos membros superiores (acima/abaixo do cotovelo), e amputação dos membros inferiores (acima/abaixo do joelho). O nível da amputação tem como base, o nível de vascularidade e o potencial para cura e reabilitação”.

Entretanto, Marques (2008, p.44) salienta que os níveis de amputação do membro inferior mais comuns são:

- Desarticulação da anca;
- Acima do joelho ou transfemural;
- Desarticulação do joelho;
- Abaixo do joelho ou transtibial;
- Amputação do pé ou desarticulação do tornozelo;
- Transmetatársica.

Complementando, Black e Jacobs (1996, p.1257) afirmam que “as amputações são classificadas como primárias e secundárias, em que as amputações primárias são realizadas como tratamento cirúrgico definitivo para a isquemia dos membros inferiores e as secundárias são aquelas que sobrevivem a um procedimento reconstrutivo vascular prévio”.

As mesmas autoras referem que “as amputações podem ser necessárias para distúrbios que agudamente ameaçam um membro, principalmente traumatismo, e tumores malignos e deformidades congénitas” (*Ibidem*).

Na perspectiva de Silva (2006, p. 26):

“A tomada de decisão nestes casos é apesar de tudo, encarada como um bem necessário e para muitos desejados que vem pôr fim ao sofrimento do doente. Ainda que muito variada, a etiologia da amputação pode ser categorizada em quatro grupos: doença vascular, neoplasia (tumores benignos ou malignos), traumatismo, e doença infecciosa”.

Para Rothrock (2008, p. 960), as principais causas de amputação nas extremidades dos membros inferiores são:

“A doença vascular periférica (vasculopatia periférica), diabetes mellitus, tumores, responsáveis pela metade das amputações, que atinge em maior número, pessoas na faixa etária acima dos 50 anos, sendo os membros inferiores (dedos, pés, e pernas) os mais comprometidos”.

Actualmente “a amputação continua sendo utilizada como opção terapêutica em situações traumáticas e de doenças, e pode ocorrer em qualquer fase do desenvolvimento humano, resultando consequências específicas de perdas de acordo com a fase” (Gabarra e Crepaldi 2009, p.64).

Os autores Gabarra e Crepaldi (2009, p. 64) referem que:

“Quanto mais jovem mais difícil a adaptação, principalmente em relação à restrição de actividades, considera-se que o idoso tem a oportunidade gradual de se habituar à restrição de actividades ao longo da vida e dos adoecimentos crónicos, e podem se adaptar melhor com a amputação, suas limitações motoras e o aumento da dependência”.

### **1.3 Necessidades Humanas Fundamentais (NHF) afectadas no utente com amputação dos membros inferiores**

Após a amputação algumas necessidades humanas fundamentais encontram-se comprometidas. Nesta perspectiva, Henderson (2007, p.7) afirma que:

“A enfermagem tem as suas raízes nas necessidades humanas fundamentais, quer a pessoa esteja de boa saúde, quer esteja doente, a enfermeira deve ter presente o inelutável desejo humano por comida, abrigo, roupa, por amor e aprovação, por um sentido de utilidade e dependência mútua nas relações sociais”.

Conforme Henderson (2007, p.10) “os cuidados básicos de enfermagem são compostos pelos mesmos componentes identificáveis, mas esses devem ser modificados e prestados de várias maneiras de acordo com as necessidades de cada pessoa”.

Ainda a mesma autora defende que:

“Os cuidados de enfermagem que o indivíduo necessita são afectados pela sua idade, cultura, equilíbrio emocional e pelas suas capacidades psicológicas e intelectuais, e todos esses factores devem ser considerados na avaliação da enfermeira em relação às necessidades de ajuda do utente” (*Ibid*, p. 7).

As 14 necessidades intrínsecas, ou seja, que fazem parte da natureza Humana proposta por Henderson (2007, p.15 ) são:

Respirar normalmente, Comer e beber, Eliminar os resíduos corporais, Movimentar e manter uma boa postura, Repousar e dormir, Vestir e despir, Manter a temperatura do corpo, Manter a higiene e proteger a pele, Evitar perigos, Comunicar; Práticas religiosas, Ocupação, Aprender e Actividades de recreação, elementos estes que a partir de suas demandas de necessidades guiarão os cuidados básicos de enfermagem.

Ascensão (2010, p. 49) sublinha que:

“Essas 14 necessidades humanas fundamentais definidas por Henderson devem estar em equilíbrio homeostático. A não satisfação de uma necessidade faz com que o indivíduo esteja incompleto e pode levá-lo à dependência, num determinado grau, na satisfação dessa necessidade. Todavia a satisfação de necessidades pode ser parcial, mas suficiente para atingir o equilíbrio”.

Pode-se perceber que algumas necessidades humanas fundamentais são afectadas após a amputação, e isso por vezes torna-se a pessoa dependente afectando assim a sua estabilidade. Deste modo foi pertinente debruçar sobre as NHF comprometidas que estarão abordadas.

### **Movimentar-se e manter uma boa postura**

Segundo Phaneuf (2001, p.70):

“Movimentar-se e manter uma boa postura é a necessidade para o organismo de exercer o movimento e a locomoção pela contracção dos músculos comandados pelo sistema nervoso. A boa postura consiste num alinhamento adequado dos segmentos corporais para assegurar a circulação e o conforto”.

Para Silva (2006, p.90) “a mobilidade é definida como capacidade do sujeito para se deslocar com eficácia no seu meio circundante. A falta de mobilidade tem duras implicações no dia -a- dia, chegando mesmo a impossibilitar a independência diária nas tarefas mais básicos do quotidiano”.

Neste caso o enfermeiro deve ensinar e ajudar o utente a manter uma boa postura durante as suas rotinas diárias, ajudá-lo a mudar de posição de forma a evitar complicações que possam surgir devido a imobilidade.

### **Dormir e repousar**

Segundo Phaneuf (2001, p.72) “é a necessidade para o organismo de suspender o estado de consciencia ou de actividade para permitir a reconstituição das forças físicas e psicológicas”.

A autora Phaneuf (2001, p.72) refere que “as emoções, as preocupações, a ansiedade, o tress e o medo agem directamente sobre a duração e a qualidade do sono, devido as mudanças psicológicas, afectivas, social e economica” .

### **Vestir e despir**

Sgundo Phaneuf (2001, p.73) considera que vestir e despir “é a necessidade de proteger o corpo em função do clima, das normas sociais, da decência e dos gostos pessoais”.

Essa necessidade para muitos pode ser vista como algo fácil de fazer, no entanto muitos utentes poderão ter essa dificuldade no início da amputação. É o trabalho do enfermeiro auxiliar na satisfação dessa necessidade.

Pois a autora refere que “para ser capaz de se vestir é preciso uma certa força física, coordenação de movimentos e uma flexibilidade articular suficiente para vestir as roupas ou os sapatos” (*Ibid*, p.74).

### **Estar limpo e cuidado, e proteger os tegumentos**

Segundo Phaneuf (2001, p.76) estar limpo e cuidado, e proteger os seus tegumentos “é a necessidade para o organismo de manter um estado de limpeza, de higiene e de integridade da pele e do conjunto do aparelho tegumentário (tecido que cobre o corpo)”.

A higiene corporal é um dos indicadores mais utilizados na avaliação da capacidade funcional de utentes portadores de amputação. O desempenho em tal actividade demonstra o grau de dependência para o auto cuidado, uma vez que para a realização da higiene corporal é necessária a locomoção ao banheiro ou então, sua realização no leito, porém, dependendo da ajuda de outra pessoa.

Para Diogo (1997, p.61) “este grau de dependência pode reflectir na perda da autonomia, para esta actividade na medida em que na realização da higiene corporal pode ocorrer invasão da sua privacidade, da sua intimidade, colocando-o em situação de constrangimento frente a algum familiar ou outro cuidador”.

O enfermeiro deverá trabalhar junto com o utente de forma a garantir que a sua autonomia seja recuperada ao longo do tempo, através de ensinios tanto ao utente como para a família, afim de que possa o utente ter mais autonomia no desenvolvimento das suas necessidades.

### **Evitar perigos**

Para Phaneuf (2001, p.77) evitar perigos “é a necessidade que a pessoa tem de se proteger contra as agressões internas e externas com vista a manter a sua integridade física e mental”. Os utentes amputados muitas vezes devido a ansiedade, receio de pedir ajuda, vontade de recuperar a sua autonomia podem acabar por movimentarem sozinhos, podendo colocar eles mesmos em perigos, uma vez que essa decisão pode ser tomada sem que a pessoa esteja ainda preparada para movimentar sozinha.

Ainda a mesma autora alega que “a enfermeira deve observar a força ou a fraqueza física da pessoa, os seus limites visuais, as vertigens e ou a hipotensão ortostática que pode limitar as suas deslocações e provocar acidentes” (Phaneuf, 2001, p.77).

### **Aprender**

Segundo Phaneuf, 2001, p.85) “é a necessidade para o ser humano de adquirir conhecimentos sobre si próprio, sobre o seu corpo e o seu funcionamento, sobre os seus problemas de saúde e sobre os meios de os prevenir e de os tratar a fim de desenvolver hábitos e comportamentos adequados”.

O enfermeiro tem um papel importante nesta optica, visto que, ajuda o utente amputado a desenvolver a sua auto- imagem, aceitar ou aprender a nova condição física não só mas também, aprender para desenvolver novos hábitos de vida, por isso que a comunicação entre o enfermeiro- utente é de extrema importancia.

Para a autora Phaneuf, (2001, p.85) “o estado psicologico, de maturidade ou de vivacidade intelectual influencia grandemente a aprendizagem”.

### **Práticas religiosas, agir de acordo com as suas crenças e valores**

Conforme Phaneuf (2001, p.82) agir de acordo com as suas crenças e valores “é a necessidade para a pessoa de fazer gestos e tomar decisões que são conformes à sua noção pessoal, de adoptar ideias, crenças religiosas ou uma filosofia de vida que lhe convêm ou que são próprios do seu meio e das suas tradições”.

Ainda a mesma autora refere que “é importante notar os sentimentos de frustração, de cólera, de remorso e de desvalorização pessoal que ocasiona uma dificuldade em ser autónoma e em cumprir os seus papéis” (*Ibidem*).

Phaneuf (2001, p.83) complementa que:

“O estado psicológico da pessoa influencia a sua capacidade de se realizar, e a confiança em si próprio, a motivação, o optimismo, ajudam-na a manter-se activa e autónoma nos seus papéis, e as principais dificuldades são a auto-imagem negativa, a depressão, as perturbações mentais”.

### **Ocupar-se e sentir-se útil**

Conforme Phaneuf (2001, p.84), afirma que “divertimentos e ocupações são necessidades para a pessoa de se distrair fisicamente e psicologicamente através de lazeres e divertimentos”.

No entanto a autora acrescenta ainda que “os lazeres permitem libertar as emoções e as tensões, a capacidade de satisfazer a necessidade de se divertir depende da integridade das faculdades cognitivas e de uma certa abertura psicológica da pessoa” (*Ibidem*).

Para Marques (2008, p.64) “a relação de ajuda é o principal instrumento de intervenção da enfermagem, onde são utilizadas capacidades de escuta, respeito, aceitação e empatia”.

Numa relação de ajuda, o primeiro contacto orienta-se para a observação da experiência do outro, nesta observação, olha-se, escuta-se e toma-se conhecimento dessa experiência, recolhendo dados de modo a tomar consciência das expectativas e das necessidades da pessoa.

A satisfação das necessidades pode ser influenciada por diversos factores destas dimensões, por exemplo, a necessidade respirar pode ser fortemente influenciada pela emotividade do indivíduo. Assim, “nesta aplicação do modelo de Virgínia Henderson, as fontes de dificuldades podem ser “de natureza física, psicológica (emotiva e cognitiva), sociocultural e espiritual, ou ligadas ao ambiente meio, condições económicas” (Phaneuf, 2001, p.41). Além de vigiar a satisfação das necessidades, “é necessário prever as diversas formas de dependência, por exemplo, a rigidez articular, a desidratação, as escaras, e prestar uma atenção particular às sequelas que elas podem causar” (*Ibidem*).

## **1.4 As implicações psicossociais da amputação**

Para Vianna e Barros (2004, p.224) “o acto de cuidar adquire características diferentes em cada sociedade e é determinado por fatores sociais, culturais e económicos e esses fatores vão definir os valores e as condições em que se processa o ato cuidador”.

De acordo com Santos (2008, p.22) “a avaliação psicossocial são os processos em que são valorizadas as cinco dimensões inerentes ao ser humano: Psicológica (mental/emocional), Cultural, Social, Espiritual e Fisiológica”.

Essa avaliação “tem como pressuposto uma visão holística do ser humano, em que se valoriza, não só, aquilo que vemos, mas também todas as redes de interações que existem sobre o ponto de vista Físico, Psicológico e Social, que interferem na satisfação das suas necessidades” (*Ibidem*).

Ainda o mesmo autor explica que “numa avaliação psicossocial está implícito o conceito de pessoa como um sistema, onde se valoriza para além das dificuldades que a pessoa apresenta as potencialidades que possui para resolvê-las” (*Ibidem*).

Segundo Monahan *et al* (2010, p.154):

“Alguns utentes amputados ficam obcecadas pelos seus problemas de saúde, e passa a maior parte do tempo a pensar no que lhes irá acontecer e no que fazer, logo a culpa pode resultar de estarem incapacitados para trabalhar e sustentarem-se a si próprios ou da convicção de que a pessoa merece sofrer. A depressão é vulgar sobretudo naqueles que se sentem impotentes porque não conseguem controlar ou ultrapassar o que lhes sucedeu”.

Ainda os mesmos autores referem que “os sintomas depressivos são mencionados como frequentes em pessoas com amputação, pois essas apresentam tristeza, pesar, episódios de choro, isolamento social, perda de apetite, dificuldade para dormir, entre outros” (*Ibid*, p.155).

Para Gabarra e Crepaldi (2009, p. 64):

“Alguns sintomas como a tristeza e o pesar, são respostas esperadas após a perda do membro, porém a depressão clínica possui maiores implicações, visto que precisaria ser rapidamente percebida e tratada, por representar um risco significativo para o aumento de morbilidade e mortalidade nesses utentes, os sintomas depressivos após o período de hospitalização são relacionados com o baixo nível de mobilidade, a restrição de actividades, o sentimento de vulnerabilidade e baixas condições de saúde em geral”.

Ainda os mesmos autores salientam que “no processo de adaptação à amputação, os indivíduos precisam se ajustar às mudanças físicas, psicológicas e sociais advindas da perda do membro” (*Ibid*: 65).

## **Factor Fisiológico**

### **Imagem corporal**

Segundo Goff *apud* Silva (2006, p.69):

“A condição do ser humano é corporal, pois é seu corpo que o individualiza estabelecendo a fronteira da sua identidade pessoal. O ser humano não existe senão por meio de suas formas corporais que o inserem no mundo, toda modificação de sua forma faz com que outra definição de sua humanidade seja construída”.

Para Black e Jacobs (1996, p.1257) “a amputação implica, além da óbvia transformação física, uma transformação psicológica do indivíduo, o que lhe exige recursos de adaptação e reequilíbrios profundos”.

Na perspectiva de Silva (2006, p.14):

“A amputação reflete de maneira negativa também na auto-imagem/auto-estima desse grupo social, (amputados) levando a um processo “doloroso” de readaptação na sociedade. A Amputação gera “sentimentos de tristeza, vergonha de si mesmo, culpa por estar com o corpo alterado, o desejar algo perdido faz com que este grupo social sinta-se segregado do meio em que vive, por não ser mais detentor de um corpo perfeito”.

De acordo com Silva (2006, p.14) “com a perda de parte do corpo o sujeito sofre uma alteração brusca na imagem corporal, os problemas psicológicos que podem surgir aos amputados podem ser característicos de verdadeira gravidade, contribuindo negativamente para a sua reabilitação”.

Segundo Marques (2008, p.37):

“A perda de uma parte do corpo é sempre um acontecimento que pode trazer consequências marcantes não só ao nível físico, mas também a nível emocional, relacional e social, podendo ir desde a rejeição até à dificuldade em elaborar a própria diferença em relação aos outros. Ainda a autora sublinha que muitas vezes a pessoa amputada, para além de se sentir desvalorizada socialmente, constrói valores acerca da sua deficiência que levam à diminuição da sua auto imagem e à dificuldade em aceitar a sua deficiência física” (*Ibidem*).

Segundo Monahan *et al* (2010, p. 155) “a amputação de membros inferiores engloba complexos fenómenos psicológicos e físicos, salientando que a rede de apoio pode auxiliar no processo de enfrentamento dessa perda e consequentemente, da adaptação psicossocial”.

Desta forma, “é necessário que o individuo reformule a sua imagem corporal, incorporado as novas limitações físicas e adaptando-se ao seu novo estado físico, a aceitação da perda física” (*Ibidem*).

Por isso, é necessário para que “o indivíduo possa relacionar-se com os outros e consigo mesmo de forma mais autêntica, incorporando as suas limitações e pensando em estratégias eficazes para a sua maior autonomia dentro dos limites da sua deficiência” (*Ibid*, p.156).

Para Black e Jacobs (1996, p.1257):

“Toda a doença física é acompanhada, de algum grau de perturbações da imagem corporal. “Qualquer amputação implica sempre a perda de um órgão ou função, trata-se, portanto, de uma perda física (um “ataque ao corpo biológico”) que implica uma alteração da aparência, com consequente desvalorização da imagem estética”.



Segundo Oliveira *apud* Silva, 2006: 68, “a confrontação com a sua nova imagem, quando intolerável, desencadeia uma angústia generalizada, capaz de mobilizar diferentes mecanismos defensivos, cujo aquele mais comum é o processo de negação da realidade”. A autora ainda sublinha que “a presença de deformidade normalmente evoca avaliações negativas de capacidades funcionais e de valor para a sociedade, no sentido em que os utentes sentem que os outros os vêem e se relacionam com ele sempre através do rótulo da incapacidade” (Silva, 2006, p.68).

Segundo Black e Jacobs (1996, p.1259) “o corpo em si funciona como uma ferramenta, dotado de propriedades físicas que permitem ou limitam as actividades que cada pessoa pode efetuar independentemente”. Ainda os mesmos autores afirmam que é importante que os sujeitos com incapacidade física resistam a interiorizar um conceito negativo da sua imagem corporal, sendo de salientar que a resposta inicial durante a fase aguda da reabilitação pode ter um impacto em longo prazo (*Ibidem*).

### **Os factores psicológicos**

Segundo Monahan *et al*, (2010, p.902) “a amputação pode ter tremendas implicações psicológicas para o doente, esta mudança radical na imagem corporal pode desencadear sentimentos de perda, raiva, medo, choque e negação”.

Complementando Black e Jacobs (1996, p.1259) “o medo da amputação iminente pode levar o utente a sentir uma intensa tristeza antecipada, é importante que o enfermeiro estabeleça um canal comunicação honesto, e permita que o utente expresse livremente os seus medos e sentimentos negativos sobre a perda de um membro”.

Os autores Monahan *et al* (2010, p.902) sublinham que é previsível um período de raiva e de depressão, e o enfermeiro valida a adequação destas emoções e incentiva o doente a exprimir os seus sentimentos e avalia também as estratégias de *coping* e os sistemas de apoio do doente”.

Esses autores acima transcrito enfatizam todos esses sentimentos que são desencadeados no pré operatório no doente, mas também deve-se mencionar que a maioria acaba por aceitar essa opção de amputação devido ao desconforto e a intolerância a dor, que muitas vezes já é prolongado.

Segundo Rothrock (2008, p.246) “depois da cirurgia, varias respostas psicológicas podem ser observadas, em que o utente com dor constante antes da cirurgia pode sentir alivio por ter a dor finalmente desaparecido”.

Ainda a autora salienta que:

“Para os utentes com alguns distúrbios crónicos, como diabetes, a amputação pode assinalar novas perdas na batalha, podem expressar raiva aberta ou ocultamente, muitos utentes passam por uma depressão após a amputação, pode chorar facilmente, comer pouco, dormir mal, dormir mais ou evitar interacções com outras pessoas e pode ter o medo de não poder andar nunca a mais, e portanto a deambulação precoce é a terapêutica” (Rothrock 2008, p. 246).

Segundo Black e Jacobs (1996:1260)

“A dor fantasma é a sensação de dor na extremidade amputada, e tem sido usada durante anos para descrever a percepção normal da extremidade ausente que os amputados sentem. Por exemplo, quando a perna é amputada, o utente sente a presença do pé ausente durante muitas semanas. Essa percepção se deve a nervos periféricos intactos proximais ao local da amputação que leva mensagens entre o cérebro e a parte amputada”.

### **Factor Económico, Cultural e Espiritual**

Segundo Thomas e Jeffrey (2005, p.375):

“A doença pode causar dificuldades económicas que afetam toda a qualidade de vida de toda a família. Dificuldades essas que advem dos seguintes condicionamentos: da necessidade de idas frequentes ao hospital, internamentos, administração de medicação, necessidade de assegurar uma nutrição adequada, administração e monitorização geral do estado de saúde”.

Devido ao alto custo dos medicamentos, a taxa de hospitalização dado que muitas vezes o utente é internado por causa dessa patologia, tudo isto vai levar a uma considerável diminuição a nível económica do utente e da família.

Para Smeltzer e Bare *apud* Souza, 2008, p. 24,:

“A pobreza aumenta o risco para a doença e diminui a possibilidade do doente conseguir ter acesso a cuidados de saúde preventiva, curativa e até reabilitação. Este factor influencia a resposta ao diagnóstico, porque normalmente, as pessoas mais pobres dependem muito da pessoa que esta doente, colocando em risco de sobrevivência toda a família”.

As pessoas que não têm condições financeiras não conseguem realizar os cuidados de saúde, pois muitas vezes as pessoas com menos condições económicas dependem da pessoa que esta doente e por vezes é chefe de família.

Para Thomas e Jeffrey (2005, p.375):

“As convicções religiosas e culturais sobre a doença pode ser um factor adicional a complicarem a aceitação do tratamento médico. Pois o mau estado de saúde aumenta a vulnerabilidade especialmente em situações em que não é possível prestar cuidados adequados no contexto familiar”.

Nem sempre o tratamento das doenças vai de acordo com convicções religiosas de cada utente, e isso vai dificultar a aceitação de tratamento. Muitas vezes no seio de uma família existe uma pessoa que precisa de um certo tratamento médico mas devido as suas convicções religiosas será impossível a realização do mesmo.

A intervenção do enfermeiro é de extrema importância visto que ele é o principal agente de saúde, e está directamente ligada ao utente e a família, onde vai explicar sobre os benefícios de tratamento, sem impor as suas crenças e valores.

### **Factor Social**

#### **A integração social**

Segundo Silva (2006, p. 81) “a integração social pode ser definida como “a possibilidade de proporcionar às pessoas, com problemas físicas ou mentais, a participação em todos os aspectos da vida em comunidade”.

A autora salienta que:

“Actualmente a reabilitação fundamenta-se numa atitude que coloca ao nível mais elevado as questões da participação, da comunicação e da integração da pessoa deficiente na comunidade. Sobreviver a amputação significa fazer face a inúmeros ajustamentos físicos, emocionais e sociais” (*Ibidem*).

A Marques (2008, p.36) realça que “todos os seres humanos são diferentes uns dos outros, no entanto perante a sociedade em que se está inserido há, geralmente, um limite na tolerância para essas diferenças”.

Para Hoeman (2011, p.767):

“O apoio social é essencial em qualquer condição crónica que exija alterações do estilo de vida, e o apoio social pode contribuir de forma positiva para a recuperação do indivíduo doente, no lidar com situações crónicas e no lidar com a perda. O relacionamento com a comunidade envolve um sentimento particular de identidade e de pertença a uma estrutura mais lato”.

Ainda Rosa (2007, p. 12) sublinha que “o facto destes indivíduos se inserirem em grupos excluídos pela sociedade é eles próprios e os seus familiares estigmatizados, marginalizados o que pode ter repercussões psicossociais devastadoras, tanto ao nível estrutural como aos níveis socioeconómico e das relações familiares”.

Ainda a mesma autora acrescenta que “são exemplo destas repercussões como isolamento social, rejeição por parte da sociedade e afastamento da própria família” (*Ibidem*).

Goffman (1988, p.13) salienta que “os indivíduos estigmatizados não preenchem as expectativas normativas da sociedade porque possuem características diferentes/ou indesejáveis pelo que passam de pessoas aceites socialmente para indivíduos rejeitados”.

Segundo Rosa (2007, p.29) “surge então a diferença entre o que é desejável e a realidade, que vai afetar a identidade social, atirando um indivíduo para o isolamento, afetando assim a sua aceitação na sociedade”.

Para Siqueira e Cardoso (2011, p.95) estigma “é uma construção social, onde os atributos particulares que desqualificam as pessoas variam de acordo com os períodos históricos e a cultura, não lhes propiciando uma aceitação plena social”.

Goffman (1988, p.13) “define estigma “como um rótulo social que altera, radicalmente o modo como os indivíduos se encaram a si próprios e como são encarados pelos outros”. De acordo com Gabarra e Crepaldi, (2009, p.65) “alguns amputados expressam embaraço, vergonha e até mesmo aversão ao seu próprio corpo, estas reacções negativas podem interferir no processo de reabilitação, auto-cuidado e aumentar o isolamento social”.

Segundo Horgan e MacLachlan *apud* Gabarra e Crepaldi 2009, p. 65, “as pessoas amputadas podem se sentir diferentes dos outros, pertencentes a um grupo estigmatizado, em que o preconceito sentido pelos indivíduos amputados provoca mal-estar e a diminuição das suas actividades sociais, gerando maior isolamento social”.

Para Gabarra e Crepaldi, (2009, p.65):

“A sensação de isolamento e estigma surge com a percepção de discriminação pela sua condição física, em que o estigma social é presente em muitos grupos sociais, porém ressaltam a possibilidade de alguns indivíduos amputados utilizarem o mecanismo de defesa da projeção de seus sentimentos negativos sobre os outros, visto que conscientemente não aceitam estes sentimentos e os transportam para outras pessoas ou para a sociedade como um todo, culpando-os pelas suas dificuldades”.

De acordo com Rosa (2007, p.29) “o estigma e o preconceito associado à amputação levam os indivíduos, a ocultarem da sociedade, com medo de serem e segregados socialmente. E ao discriminarmos socialmente um indivíduo estamos a contribuir para a redução das suas oportunidades de vida”.

Complementando Fronteira (2002, p.46):

“O isolamento, a rejeição e a discriminação social surgem da necessidade do ser humano evitar interagir com os indivíduos cujas características físicas e psicológicas são diferentes da norma. O medo do isolamento social surge directamente relacionando com a falta de mobilidade, mesmo quando sujeitos utilizam próteses e conseguem sair de casa”.

A autora Silva (2006, p. 88) acrescenta que:

“O medo de rejeição é uma consequência psicológica do medo do afastamento, alguns utentes têm tanto medo dessa rejeição que acabam por “desligar” das pessoas que os apoiam emocionalmente para evitar a antecipação do momento de rejeição (abandonam para não serem abandonados), enquanto outros evitam todos os contactos com os amigos e desenvolvem novas rotinas”.

Segundo Siqueira e Cardoso ( 2011, p.95):

“O estigma gera maiores dificuldades ao indivíduo com deficiência física acontece na vida pública, quando se relaciona com pessoas que lhe são estranhas, no caso concreto do amputado, este pode deparar-se com a sua identidade de “desviante” quando lhe é negado um emprego ou acesso a determinado cargo, área do conhecimento ou, ainda, a própria relação amorosa”.

Para Goffman (1988, p.15):

“A imagem criada sobre o amputado geralmente não corresponde à realidade. Essa imagem pode influenciar a sua relação com as pessoas que com ele comungam o quotidiano uma vez que nem todos o conhecem pessoalmente ou suficientemente, nem têm informações acerca da sua deficiência para tratá-lo como pessoa, e não com o estereótipo da deficiência”.

## **1.5 A família e o utente amputado**

De acordo com Hanson (2001, p.6) “a família é um grupo de pessoas unidas por laços de matrimónio, sangue, ou adoção, constituindo um único lar, interagindo e comunicando uns com os outros dentro dos seus papéis sociais de marido e mulher, pai e mãe, filho e filha, irmão e irmã, criando e mantendo uma cultura comum”.

Ainda o mesmo autor, refere que “na família há dois ou mais indivíduos, que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e económico, pois a presença de um familiar doente envolve sofrimento tanto emocionais como sócio-económicos, afetando toda a família” (*Ibid*, p. 6).

A doença tem um impacto significativo no funcionamento psicossocial, não só do indivíduo afetado, mas também de toda a família. A doença e a consequente necessidade de intervenções médicas e de enfermagem fragilizam o papel parental de protetor e prestador de cuidados.

Considerando Moreira (2001, p.19) “a família é uma instituição sustentadora do desenvolvimento (social, psicológico, cultural e económico) do homem”. O aparecimento da amputação na família, implica uma mudança na sua estrutura, nos papéis, nos padrões de comunicação e nas relações entre os seus membros.

Segundo Monahan *et al* (2010, p.144) “algumas famílias também podem sentir desconforto por estarem juntas 24 horas por dia, 7 dias por semana, quando este não era o tipo de interação existente antes da lesão”.

Ainda os autores sublinham que “essas mudanças implicam que os utentes e as famílias sejam preparados de forma a satisfazer as necessidades uns dos outros, de modo que a unidade familiar possa permanecer satisfatória”.

Para Silva (2006, p.86) “qualquer pessoa portadora de uma doença crónica como no caso de DM precisa de partilhar esta enfermidade com a sua família e com pessoas próximas deste grupo social primário”.

Ainda a mesma autora afirma que:

“A família tem “um papel de dar suporte ao amputado depois da hospitalização e do processo de reabilitação física, os cuidados pessoais que o amputado é capaz de se auto-administrar, deverão manter-se em níveis de autonomia semelhantes aos que caracterizavam antes da amputação, porém, estes são acrescidos das actividades que envolvem a utilização da prótese e a sua realização depende, muitas vezes, da ajuda do cônjuge”(Ibidem).

A família desempenha “um papel importante na recuperação física e emocional do doente, que por sua vez, está dependente da capacidade de todos desempenharem de forma eficiente os seus papéis” (Ibidem).

Os autores Black e Jacobs (1993, p.103) salientam que:

“Quando as famílias são bem-sucedidas na adaptação às alterações impostas pela doença pode existir uma absorção do impacto que diminui a gravidade da doença e ajuda o indivíduo doente a enfrentar as mudanças no estilo de vida, bem como as restrições impostas pelo tratamento” (Ibidem).

Ainda diz que “as famílias são capazes de adaptar-se, pode existir uma confusão de papéis, conflitos e sentimentos de isolamento que comprometem significativamente os esforços de ajuda” (Ibidem). Segundo Jorge (2004, p.65), “das funções da família faz parte responder às necessidades físicas e de saúde dos seus membros, ser um lugar de amor, intimidade e motivação, fornecer raízes psicológicas e sociológicas”.

Para Monahan *et al* (2010, p.144):

“Os familiares têm de aprender sobre as restrições do doente, não só para ajudarem, mas também para se adaptarem a perturbações resultantes dos seus próprios padrões de actividade, e têm de saber quais os sintomas que deverão ser comunicados ao prestador de cuidados e quais as medidas que devem ser tomadas em situação de crise”.

De acordo com Marques (2008, p.124) “embora a dependência seja causadora de grande sofrimento, “o apoio demonstrado pela família e amigos é fundamental para superar as dificuldades e promover a autonomia do utente”.

## **1.6 O utente amputado e a reabilitação**

Para Silva (2006, p.53) “o impacto causado pela amputação no utente é significativo pois este enfrenta dificuldades em virtude de alterações da imagem corporal as quais provocam mudanças psicológicas, sociais, afectivas e económicas”.

Segundo Chini e Boemer (2007, p.5) “a reabilitação deve ser considerada como mais uma etapa do tratamento, pois permite que a pessoa continue a lançar-se no mundo e a viver novas experiências”.

Ainda os mesmos autores realçam que “o retorno às actividades traz consigo uma sensação de plenitude, onde as possibilidades tornam-se concretas e deixam de fazer parte de um mundo desejado para um mundo vivenciado” (*Ibidem*).

Segundo Hoeman (2011, p.2):

“A reabilitação é uma intervenção activa para conseguir a máxima funcionalidade e para melhorar a qualidade de vida, deve apoiar-se numa concepção ampla e globalizante dos direitos humanos, que reconheça e promova a concepção ampla plena, promover a integração de cada pessoa na sua comunidade natural e assentar no princípio da autonomia e independência”.

Ainda, a autora Silva (2006, p.82) enfatiza que:

“A reabilitação deverá, assim estar centrada na recuperação e aquisição de competências, de forma a potenciar o desenvolvimento da autonomia e só é atingida quando o utente consegue ultrapassar as dificuldades físicas e psicológicas. E tem possibilidade de participar socialmente, de decidir sobre sua vida, tendo maior independência e autonomia para realizar as suas actividades diárias”.

Para Chini e Boemer (2007, p.5) “receber cuidados individualizados e planeados é essencial para que o processo de reabilitação se dê de forma mais adequada possível e consiga atingir os objectivos almejados”.

Em suma Hoeman, (2011, p.2) reflete que “a reabilitação, cuja essência é permitir um melhor ajustamento físico, social e psicológico, no sentido de um modo de vida satisfatório e o próximo daquele que anteriormente caracterizava o indivíduo”.

## **1.7 Questões de carácter legal e ético na amputação**

### **Consentimento informado**

Segundo Monahan *et al* (2010, p.249) “o processo de consentimento informado protege o direito do utente á autodeterminação e autonomia em relação á intervenção cirúrgica”.

Ainda os mesmos autores afirma que:

“O consentimento implica que o doente recebeu as informações necessárias para compreender a natureza do procedimento e as suas consequências conhecidas possíveis, o médico é responsável por prestar informações suficientes de modo a que o utente possa avaliar os riscos e benefícios da cirurgia proposta, também é responsável legal pela obtenção do consentimento informado por parte do utente” (*Ibidem*).

De acordo com Monahan *et al* (2010, p.249):

“O facto de testemunhar o consentimento informado não garante que o doente tenha o entendimento perfeito do procedimento cirúrgico e das suas consequências. Ao assinar o consentimento, a testemunha valida apenas a identificação do doente ou substituto legal, o estado mental do doente no momento da assinatura”.

Para complementar Barbosa (2010, p.18) afirma que “o utente tem direito de recusar a intervenção cirúrgica, podendo retirar o consentimento informado em qualquer momento, antes do procedimento, se a decisão for tomada de forma voluntária ou racional”.

No entanto Monahan *et al* (2010, p.250), afirmam que:

“A responsabilidade do enfermeiro “é apoiar a decisão do doente. Ainda os mesmos autores sublinha que o papel do enfermeiro no perioperatório é o de advogado do utente, avalia a capacidade de tomada de decisões do doente, confirma que o doente teve a informação necessária para dar o consentimento informado e esclarece eventuais concepções erradas”.

Complementado Potter e Perry, (2006, p.70) “diz que o enfermeiro é responsável pela tomada de decisões clínicas, correctas e rigorosas”.

Nessa linha de pensamento, Berman *et al* (2008, p.88) afirmam que “uma boa decisão é aquela que se rege pelo melhor interesse do utente, e ao mesmo tempo preserva a integridade de todos os envolvidos. Portanto os enfermeiros devem ponderar os factores quando tomam decisões éticas”.

De acordo com Beauchamp e Childress, (1994, p.67) “os princípios a ter em conta na amputação são : o princípio de autonomia/respeito a pessoa, princípio de beneficência/não maleficiência e o princípio de justiça”.

- **Princípio da autonomia/ respeito a pessoa-** é a capacidade de uma pessoa para decidir fazer ou procurar aquilo que ela julga ser o melhor para si mesma. Para que ela possa exercer esta autodeterminação são necessárias duas condições fundamentais: capacidade para agir intencionalmente, o que pressupõe compreensão, razão e deliberação para decidir coerentemente entre as alternativas que lhe são apresentadas e a liberdade no sentido de estar livre de qualquer influência controladora para esta tomada de posição.
- **Princípio de beneficência/ não maleficiência** - quer dizer fazer o bem. De uma maneira prática, isto significa que tem a obrigação moral de agir para o benefício do outro.



Os autores Beauchamp e Childress, (1994, p.67) afirmam que:

“Este conceito, quando é utilizado na área de cuidados com a saúde, que engloba todas as profissões das ciências biomédicas, significa fazer o que é melhor para o paciente, não só do ponto de vista técnico-assistencial, mas também do ponto de vista ético. É usar todos os conhecimentos e habilidades profissionais a serviço do utente, considerando na tomada de decisão, a minimização dos riscos e a maximização dos benefícios do procedimento a realizar. O princípio não maleficiência, o profissional de saúde tem o dever de intencionalmente, não causar mal e/ou danos ao utente.

- **Princípio de justiça-** estabelece como condição fundamental a equidade, obrigação ética de tratar cada indivíduo conforme o que é moralmente correcto e adequado, de dar a cada um o que lhe é devido. O enfermeiro deve actuar com imparcialidade, evitando ao máximo que aspectos sociais, culturais, religiosas, financeiros interfiram na relação enfermeiro- utente (*Ibidem*).

Segundo (Barbosa, 2010, p.18):

“Os Prestadores de cuidados de saúde informam os utentes dos seus direitos, na tomada de decisões sobre opções de cuidados de saúde. Assim o enfermeiro ao longo da sua carreira deverá garantir ao ser humano ao seu direito á vida, á liberdade, á igualdade, dignidade e desenvolvimento da sua personalidade”.

Deste modo compete o enfermeiro garantir a qualidade e continuidade dos cuidados, assumindo essa responsabilidade e contribuindo para criar um ambiente propício.

## **1.8 Os cuidados de enfermagem face aos utentes com amputação dos membros inferiores no pré e pós-operatório**

Segundo (Marques, 2008, p.53) independentemente do género, “os cuidados de enfermagem têm como objectivo a manutenção da saúde em todas as vertentes – física mental e social. O enfermeiro faz uma avaliação das necessidades de ajuda da pessoa vendo-a como um todo”.

Para Collière (1999, p.27) “os cuidados surgiram face a necessidade de manter, de desenvolver a vida e de lutar contra a morte”. Complementado, Barbosa (2010, p.19) fundamenta que “o cuidar é a essência de enfermagem, tendo igualmente uma extensibilidade na teia das relações que acompanham a vida do ser humano, pois o cuidar é intrínseco a natureza humana”.

A autora Collière (1999, p.27) afirma que:

“Cuidar “é pois, manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, mas que são diversificadas na sua manifestação. Velar, cuidar, tomar conta, representa um conjunto de actos que tem por fim e por função, manter a vida dos seres vivos com o objectivo de permitir reproduzirem-se e perpetuar a vida do grupo”.

Segundo Henderson (2007, p.7):

“A Enfermagem é uma ciência cuja essência e especificidade é cuidar do ser humano, individualmente, na família ou na comunidade, de modo integral e holístico, é uma ciência orientada para práticas do cuidar que abrangem o estado de saúde e de doença, tendo em conta conhecimentos fundamentados sobre aspectos pessoais, profissionais, científicos, estéticos, éticos e políticos que sustentam essas práticas”.

O enfermeiro como agente de saúde tem um papel importante em oferecer apoio emocional ao utente e a família, antes e após a intervenção cirúrgica.

Conforme Bilro e Cruz (2004, p.52):

“A fase pré-operatória tem início no momento da decisão da cirurgia e termina quando o utente é transferido para o bloco operatório. O principal objectivo nesta fase consiste em familiarizar o utente com os resultados esperados no pós-operatório, isto é: Facilitar o período de recuperação, obter uma sensação de bem estar diminuindo o medo do desconhecido, a ansiedade, e outros factores de stress, menor necessidade de analgésicos para o adequado controlo da dor, menor tempo de hospitalização e minimizar as restantes complicações pós-operatório”.

Para Monahan *et al* (2010, p.902) “o período pré-operatório centra-se na avaliação cuidadosa do doente para a cirurgia e o enfermeiro inicia o processo de enfermagem, identificando e apreciando, planeando as acções de enfermagem e implementando parte dos cuidados.”.

Ainda afirmam que “o ensino pré-operatório concentra-se nos cuidados que serão prestados no período pós-operatório, nas estratégias de controlo da dor, nos planos de aplicação da prótese e na introdução básica a rotinas de cuidado ao coto” (*Ibidem*).

De acordo com Black e Jacobs (1996, p.1259) “o utente é informado que pode vir a ter a sensação de dor no membro fantasma, que é uma sensação de dor contínua e localizada, um formigueiro, um prurido, ou a simples “percepção” da parte amputada”.

Segundo Bilro e Cruz (2004, p.53) “na entrevista com o utente, a relação que o enfermeiro estabelece no período pré-operatório vai revelar-se fundamental no alívio da ansiedade, angústia e depressão, preparação psicológica para a intervenção cirúrgica”.

De acordo com Bilro e Cruz (2004, p.53)

“A entrevista ao utente sujeita-se ao seu consentimento prévio e tem como objectivos principais familiarizar o utente com a equipa de enfermagem, responder ás diferentes questões sobre a cirurgia a que vai ser submetido e respectiva anestesia, dando confiança e diminuindo a ansiedade e permitir á equipa conhecer a história do utente com a finalidade de assegurar uma prestação de cuidados personalizados”.

É também “atraves da entrevista ao utente que “o enfermeiro observa o seu comportamento psicossocial- percepção dos seus problemas, expectativas, meio sociocultural, compreensão da intervenção cirúrgica, nível de conhecimentos e medos” (*Ibidem*).

Ainda realçam que “no periodo pré- operatorio o enfermeiro informa o utente a hora da intervenção cirurgica, o modo como será realizado o seu transporte para o bloco operatório, o que irá encontrar na sala de operações e a sua instalação na mesa operatória, informar da necessidade de jejum a partir da noite” (*Ibidem*).

Segundo Monahan *et al* (2010, p.902):

“No período pós-operatório, o enfermeiro monitoriza atentamente os sinais vitais e os valores de oximetria de pulso até o doente estabilizar, também alivia o penso da ferida operatória e os sistemas de drenagem, pelo menos duas em duas horas, para monitorizar a existência de hemorragia, uma vez que é a principal complicação imediata da amputação”.

Bilro e Cruz (2004, p.63) alegam que :

“Avaliar a o estado de consciencia, capacidade de resposta a estímulos, avaliar a temperatura corporal do utente á sua chegada e de seguida duas vezes por turno, controlar a ansiedade e os medos no pós- operatório promovendo o conforto psicologico do utente e controlar a dor cirúrgica”.

O mesmos autores afirmam que “o penso do coto é geralmente mantido durante os primeiros dois a três dias, o enfermeiro avalia a ferida operatória, com mais rigor possível, e mantêm os registos do balanço hídrico e das velocidades de fluxo de todas as linhas intravenosos” (*Ibidem*).

Ao receber o utente do bloco operatório o enfermeiro deve “manter o utente aquecido, evitar movimentos bruscos, manipulando cuidadosamente o doente, colocar o utente na posição adequada” (*Ibid*, p.53).

Para Black e Jacobs (1996, p.1260) após a amputação, são oferecidos os cuidados especiais do pós-operatório, a atenção especial deve ser dada aos seguintes aspectos:

- Sangramento: observe os sinais de sangramento óbvio ou extravasamento lento de sangue, e anotar a quantidade de drenado, inclusive as horas de troca dos curativos;
- Edema: o edema deve ser controlado elevando-se o coto durante as primeiras vinte e quatro horas após a cirurgia, e após esse período, o coto deve ser colocado reto sobre o leito para reduzir contratura de quadril;
- Cicatrização: avalia a ferida quanto a indicações de cicatrização ou ausência dela. A incisão deve estar seca, levemente avermelhada ao longo da linha de sutura e intacta”.

Segundo Monahan, *et al* (2010, p.903):

“Os cuidados e a avaliação respiratórios também são fundamentais, o enfermeiro encoraja o doente a começar a fazer inspirações profundas, fazer alternâncias de decúbito, e a tossir conforme necessário para manter a permeabilidade das vias aéreas, logo que esteja vigil, também o controlo eficaz da dor é uma intervenção essencial, pois a dor intensa pode afectar de modo adverso os sinais vitais”.

Ainda os mesmos autores afirmam que:

“Os cuidados ao coto são uma acção essencial no período pós-operatório inicial, e continuam a ser uma preocupação importante do tratamento durante a cicatrização e reabilitação.. Os cuidados diários ao coto “também fazem parte do processo de modelação.O enfermeiro monitoriza atentamente a cicatrização de ferida operatória e ensina o doente a avaliar cuidadosamente o coto todos os dias para despiste de sinais de rubor ou irritação” (*Ibidem*).

Acrecentam ainda que:

“O enfermeiro deve agir em cooperação com a família, pois é um dos principais pilares para a recuperação do diabético amputado. A família do doente deve ser envolvida neste processo até um ponto que seja agradável para o utente. Uma avaliação rigorosa do domicílio é um passo importante no planeamento da alta” (*Ibid*, p.902).

Para Barbosa (2010, p.29):

“As hospitalizações por doenças em geral estão a tornar cada vez mais curtas, pelo que o planeamento da alta deve ser iniciado antes da cirurgia, em que o enfermeiro cria um plano de ensino que inclui tempo para o utente aprender a prestar cuidados ao coto, técnicas de transferência, deambulação em segurança, prevenção de complicações e contracturas, e a importância dos cuidados de acompanhamento por parte da equipa de cuidados multidisciplinares”.

Após a amputação de membro inferior, “ofereça linhas gerais, instrução ao utente no que se refere cuidados do coto e da prótese, alega Black e Jacobs” (1996, p.1261):

**No Coto o enfermeiro deve:**

- Inspeccionar diariamente á procura de vermelhidão, formação de bolhas ou abrasões;
- Usar um espelho para examinar todos os lados e faces do coto;
- Realizar higiene diária do coto. Lava-o com um sabonete suave e, depois, enxugue-o cuidadosamente. Não aplicar nada sobre o coto depois de lavá-lo. O álcool resseca a pele e causa fissuras, ao passo que os óleos e cremes suavizam demais para o uso seguro da prótese;
- Usar meias de algodão especiais para o coto, para mantê-lo limpo e confortável;
- As meias rasgadas devem ser substituídas, pois remendos criam pregas que irritam a pele;
- Colocar imediatamente a prótese ao se levantar de manhã e fique com ela durante o dia todo (uma vez tenha a ferida cicatrizando por completo) para reduzir o edema do coto.

Ainda o mesmo autor realça os cuidados a ter com a **Prótese**:

- Instruir o cliente o remover suor e sujeira do soquete da prótese diariamente, limpando o interior do soquete com um pano húmido embebido em sabão. Para remover o sabão, use um pano limpo e seco;
- Nunca tenta ajustar ou alterar mecanicamente a prótese, se surgirem problemas, consulte o protético. Marca uma consulta anual de acompanhamento” (Black e Jacobs (1996, p.1261).

## **1.9 Orientações educacionais básicos para cuidados dos pés**

A Diabetes quando não assume um seguimento de forma adequada pode sofrer complicações, que podem ser evitados ou mesmo controlados quando se segue rigorosamente as orientações.

Segundo Santos *et al* (2011, p.685):

“Há uma preocupação constante no cuidar do pé diabético, mesmo que os factores sócio, económico e cultural sejam diferentes em determinados locais. A abordagem de tratamento e prevenção existe em qualquer lugar, todavia a sua forma de aplicação é diferenciada com base nas possibilidades de cada indivíduo e em cada situação específica”.

Para Grossi e Pascali (2009, p.16):

“A educação tem sido identificada como importante factor-chave na estratégia de melhorar o cuidado com o pé diabético por isso a equipe de saúde tem um papel fundamental no processo de educação e prevenção das pessoas portadores de diabetes, especificamente na prevenção de complicações nos pés”.

De acordo com (Souza, 2008, p.41):

“A finalidade da educação “é mudar a maneira de agir do paciente com relação às medidas de auto-cuidado e promover a adesão aos ensinamentos prestados sobre o cuidado com os pés, como por exemplo, a orientação quanto aos calçados adequados. Outro fator importante é que o paciente esteja apto a detectar problemas potenciais em seu próprio pé, tomar as medidas cabíveis e buscar a ajuda de um profissional de saúde. O processo educativo deve ser simples, relevante, consistente e contínuo”.

Segundo Grossi e Pascali (2009, p.16) “a assistência de enfermagem é um dos pontos fundamentais para melhorar o prognóstico desta patologia e por fim colaborar para a redução das taxas de amputações de membros inferiores em pessoas com diabetes tipo II”.

Para Souza, (2008, p.42) “os pés são alvo da convergência de praticamente todas as complicações crônicas do DM, merecendo destaque, como um problema que pode levar a danos e incapacidades”. Por isso, todos os diabéticos devem ser avaliados periodicamente com o objectivo de identificar o pé em risco de ulceração e os pés com úlceras activas.

O autor Leite (2010, p.17) afirma que “o exame do pé é considerado um dos principais factores para melhorar o nível de atendimento, já que o próprio acto em si evidencia a maioria dos problemas que afectam o pé e por isso nunca deve ser esquecido”.

De acordo com Bortoletto, Hadad e Karino (2009, p.38) “deve-se realizar um exame minucioso dos pés baseando-se nas características individuais identificadas bem como planejar acções que sejam eficazes e cabíveis a cada pessoa”.

Conforme Cabral e Santos, *apud* Souza, 2008: 29, “o aspecto das lesões nos pés varia nas diferentes regiões do mundo devido às condições socioeconómicas, padrões de cuidados e principalmente à qualidade dos calçados”.

Citando o Ministério da Saúde do Brasil (MSB) (2006, p.43), as medidas de autocuidado necessário são:

- Examinar os pés diariamente, e se necessário pedir ajuda ao familiar ou usar espelho. Informar o médico se tiver calos, rachaduras, alterações de cor ou úlceras;
- Calçar sempre meias limpas, preferencialmente de lã, algodão, sem elástico;
- Calçar sapatos de couro macio ou tecido, que não apertem e não usar sapatos sem meias. Os sapatos novos devem ser usados aos poucos, usar inicialmente, em casa, por algumas horas por dia;
- Lavar os pés diariamente, com água morna e sabão neutro. Não se deve andar descalço;
- Evitar água quente, secar bem os pés, especialmente entre os dedos;
- Após lavar os pés, usar um creme hidratante, vaselina líquida ou glicerina, não usar entre os dedos;
- Não remover calos ou unhas encravadas (cortar unhas rectas) em casa, procurar equipe de saúde para orientação”.

Por isso é muito importante a intervenção da enfermagem orientando e educando tanto os diabéticos como os familiares de melhor forma, levando-os a serem responsáveis pela sua saúde prevenindo assim algumas complicações, aumentando assim a longevidade do utente.

## **CAPÍTULO II - PERCURSO METODOLÓGICO**



## 2.1 Explicitação metodológica

Esta fase consiste em apresentar a metodologia da investigação em estudo, nos desenhos adequados para responder as questões de investigação formulada. Esta fase tem por base apresentar as questões metodológicas como o tipo de estudo e o instrumento de colheita de dados.

Segundo Fortin (1999, p.17):

“A investigação científica é um processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimento, é em primeiro lugar um processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação. É um método particular, rigoroso e leva a aquisição de novos conhecimentos de uma forma ordenada”.

Fortin (1999, p.26) alega que “o objecto da investigação em ciências de enfermagem é o estudo sistemático de fenómenos presentes no domínio dos cuidados de enfermagem, o qual conduz a descoberta e ao desenvolvimento de saberes próprios da disciplina”.

Streubert e Carpenter (2002, p.3) diz que “numa realidade humana como a enfermagem é imperativo que os enfermeiros adoptem uma tradição de investigação (...) com o intuito de descrever e compreender as experiências humanas”. Ainda Fortin, (1999, p.29) diz que “os enfermeiros de todos os níveis de formação têm a responsabilidade de participar no desenvolvimento do conhecimento em ciências de enfermagem e na sua utilização na prática”.

Quanto a metodologia Ribeiro (2009, p.79), revela que “é uma das componentes fundamentais em investigação, surgindo como base, para alcançar os objectivos de um estudo”. Complementando Vilelas (2009, p.379) afirma que “a metodologia é a explicação minuciosa, pormenorizada, rigorosa e exacta de toda a acção desenvolvida no método (caminho) do trabalho da pesquisa”.

Segundo Marques (2008, p.77) “a metodologia é um dos passos fundamentais para definir etapas e estratégias que o investigador escolhe, permite reunir e analisar os dados de uma forma objectiva, sistemática e fiável”.

Para Vilelas (2009, p.379):

“Cada indivíduo responde às situações a que é exposto de acordo com as percepções que faz dos factores externos, dos seus valores, das suas experiências, que podem manifestar-se não só num conjunto de comportamentos observáveis, mas também num conjunto de sentimentos e emoções individuais”.

Acrescenta Fortin (1999, p.40) que “a fase metodológica permite o investigador determinar os métodos que ele utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas ou as hipóteses formuladas”. Ainda o mesmo autor refere que “a questão de investigação expressa-se sob a forma de interrogação explícita e relativa ao problema a examinar e a analisar com o objectivo de obter novas informações” (*Ibid*, p.48).

Portanto a pergunta de investigação delineada para a investigação que se apresenta recai sobre **“Quais as implicações psicossociais da amputação dos membros inferiores nos doentes diabéticos do Hospital Dr. Baptista de Sousa?”**.

O objectivo é identificar as implicações psicossociais associadas a amputação, e também os sentimentos que aflingem esses utentes mediante tal patologia.

## **2.2 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo, de metodologia qualitativa, descritiva a fim de identificar as implicações psicossociais da amputação dos membros inferiores nos utentes diabéticos que se pretende contextualizar no serviço de cirurgia, no Hospital Dr. Baptista de Sousa.

De acordo com Vilelas (2009, p.105) “a investigação qualitativa, é uma forma de estudo da sociedade que se centra no modo como as pessoas interpretam e dão sentido as suas experiencias e ao mudo que elas vivem e tem como objectivo compreender a realidade social grupos e cultura”.

Ainda o mesmo autor diz que “os investigadores usam as abordagens qualitativas para explorar o comportamento, as perspectiva e as experiencias das pessoas que eles estudam” (*Ibidem*).

Streubert e Carpenter (2002, p.10) afirma que “a investigação qualitativa, corresponde a incapacidade de medir quantitativamente alguns fenómenos e a insatisfação com os resultados da medição de outros conduziram a um interesse crescente pelo uso de outras abordagens, a fim de estudar fenómenos humanos”.

Para Vilelas, (2009, p.110) “a pesquisa qualitativa é caracterizada pela procura de informações de uma maneira sistemática, e costuma ser descrita como holística e naturalista, sem qualquer limitação ou controlo impostos ao pesquisador”.

Segundo Fortin, Côte e Filion (2009, p.29) “independentemente do tipo de abordagem que se realiza, os investigadores qualitativos devem relatar os resultados dos estudos efectuados sob uma forma literária”.

Segundo Vilelas (2009, p.120) “os estudos descritivos procuram conhecer as características de determinada população/ fenómeno, ou o estabelecer relações entre variáveis”.

Relativamente a isso o mesmo autor afirma que:

“O estudo descritivo é aquele que ambiciona apenas obter os parâmetros inerentes ao estudo de uma população, designadamente proporções, médias”. Num estudo descritivo seleccionam-se as questões e mede-se cada uma delas independentemente, para sim, descrever o que o que se investiga” (*Ibidem*).

Para Fortin (1999, p.330) “ na análise descritiva dos dados, o investigador destaca um perfil do conjunto de características dos sujeitos, determinadas com a ajuda de testes estatísticos apropriados ou com análise de conteúdo”.

## **2.3 População**

Segundo Fortin (1999, p.202) “a população é uma colecção de elementos ou sujeitos que partilham características comuns definidas por um conjunto de critérios. O elemento é a unidade base da população junto da qual essa informação é colhida”.

Para Quivy & Campenhoudt (1998, p.156) “a o elemento pode ser o sujeito, família, uma comunidade, um comportamento ou uma organização. Porém neste tipo de investigação as informações úteis, muitas vezes, só podem ser obtidas junto dos elementos que constituem o conjunto”.

Esses autores acrescentam que “a população deve, portanto, ser aqui entendida no seu sentido mais lato o conjunto de elementos constituintes de um todo” (*Ibid*, p.160).

De acordo com Quivy & Campenhoudt (1998, p.202) “a população-alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações”.

Ainda referem que “a população acessível que deve ser representativa da população alvo é constituída pela porção da população-alvo que é acessível ao investigador” (*Ibidem*).

As populações alvo definidas para este estudo foram seis utentes diabeticos com amputação dos MI, que se encontravam nno serviço de cirurgia do HBS em São Vicente. Esses que apresentaram idades compreendida entre 35 à 65 anos, em que 4 são representantes do sexo feminino e 2 do sexo masculino sexo ambos de nacionalidade caboverdiana.

## 2.4 Instrumento de colheita de dados

Após o delineamento do método no qual a nossa investigação se insere, torna-se pertinente deixar assente a técnica de colheita de dados, que na perspectiva de Quivy e Campenhoudt, que segundo eles “consiste em recolher ou reunir concretamente as informações determinadas junto das pessoas ou unidades de observação incluídas na amostra” (Quivy e Campenhoudt 1998, p.183).

O melhor método de recolha de dados indicado para este tipo estudo é a Entrevista, semi-estruturada, de perguntas aberta. Segundo Vilelas (2009, p.279) “é uma forma específica de interação social que tem como objectivo recolher dados para uma investigação”. Ainda o mesmo autor afirma que “o entrevistador faz perguntas as pessoas capazes de fornecer dados de interesse, estabelecendo um diálogo peculiar, assimétrico, onde uma das partes procura recolher informações, sendo a outra a fonte dessas informações” (*Ibidem*).

Já Fortin (1999, p.245), sublinha que “a entrevista é um modo particular de comunicação verbal, que estabelece entre o investigador e os participantes com o objectivo de colher dados relativos a questões de investigação formuladas”.

De acordo com Vilelas (2009, p.279):

“A vantagem essencial da entrevista reside no facto de serem os próprios actores sociais quem proporciona os dados relativos às suas condutas, opiniões, desejos, atitudes e expectativas, os quais pela sua natureza são quase impossíveis observar de fora”.

Segundo Fortin (1999, p.247) “a entrevista semi-estruturada é um instrumento privilegiado no quadro de uma variedade de métodos de investigação qualitativa, e que a formulação e a sequência das questões não são predeterminadas mas deixadas a descrição do investigador”.

Ainda o mesmo autor afirma que:

“As entrevistas inteiramente semi-estruturadas são aquelas que os respondentes são encorajados a falar livremente os tema proposto pelo investigador as questões abertas têm a vantagem de estimular o pensamento livre de fornecer a exploração em profundidade da resposta do participante” (Fortin 1999, p.247).

De acordo com (Vilelas, 2009, p. 281):

“Na entrevista semi-estruturada o entrevistado tem a liberdade de responder as questões propostas pelo investigador, mas tem a particularidade de concentrar-se num único tema. O entrevistador deixa falar sem restrições o entrevistado, proporcionando-lhe apenas algumas orientações básicas, mas, quando este se desvia do tema original e se dirige para outros, o entrevistador volta a concentrar a conversa no primeiro assunto, e assim sucessivamente”.

Para conseguir ter acesso aos participantes foi pedido uma autorização ao Hospital do Hospital Doutor Baptista De Sousa (anexo2) para colher os dados necessários a fim de informar os indivíduos que se incluíssem nos critérios de elegibilidade. Após a autorização ser concedida (anexo4), as participantes foram avisados sobre o dia e a hora da entrevista. As entrevistas foram realizadas no HBS, especificamente no serviço de cirurgia, permitindo deste modo que se sentissem confortáveis para se expressarem revelando mais facilmente a informação pretendida para o estudo.

A abordagem aos participantes foi a entrevista semi-estruturada, utilizando como instrumentos de colheita de dados o guião da entrevista (anexo1) e um gravador. A estruturação da mesma serviu para direccionar a entrevista para o tema em estudo, uma vez que, e concordando com Streubert e Carpenter *apud* Marques, 2008, p.83, o investigador deve ajudar os informantes a descreverem as experiências vividas sem liderar a conversa, nem com a intenção de a direccionar para as suas ideias ou convicções.

No primeiro contacto foi estabelecida uma relação empática e de confiança. Também foi nesta primeira abordagem que se obteve o consentimento informado (anexo 5), tendo sido explicados a finalidade do estudo e os procedimentos ligados a este, e obtendo-se a autorização para gravar a entrevista em áudio. Após a entrevista, as gravações foram analisadas cuidadosamente, a fim de verificar se fazia sentido e se havia necessidade de realizar mais uma entrevista.

## **2.5 Acesso ao campo de estudo**

O acesso ao campo de estudo tornou-se possível após a recepção de um parecer positivo, por parte do Conselho de ética do Hospital Dr. Baptista de Sousa, que autorizou a realização do presente estudo (anexo 4). Foi aplicada a cada utente o termo de livre consentimento informado, depois foram-lhes explicados a pertinência do estudo e a importância da sua colaboração e por fim aplicada a entrevista.

## **2.6 Procedimentos éticos e legais**

Segundo Vilelas (2009, p.371) “a realização de qualquer pesquisa implica por parte do investigador o levantamento de questões morais e éticas. A ética coloca problemas ao investigador decorrentes das exigências morais que, em certas situações, podem entrar em conflito com o rigor da investigação”.

O trabalho foi elaborado com assento na ética e em termos legais, para a sua realização foram tomadas todas as precauções necessárias para que os direitos da instituição, dos autores citados e todos os participantes, fossem igualmente honrados.

Para a realização do estudo foi entregue uma carta formal solicitando a autorização do HBS e do Superintendente de enfermagem, para que fossem realizadas uma entrevista aos utentes e em conjunto foi entregue uma autorização para recolha de dados da Coordenadora de Curso, comprovada pela Universidade do Mindelo (anexo 3). O hospital não se opôs quanto a sua aplicação, dando um parecer positivo para iniciação do estudo. Durante todo o processo foram garantidos os princípios éticos elegais.

Para Fortin (1999, p.114) “a ética é a ciência da moral que regula a nossa postura e o nosso comportamento. Ainda o mesmo autor considera que “a ética no seu sentido mais amplo, como sendo a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta”.

Ainda refere que “os organismos subvencionarias estabelecem igualmente regras de ética a que os investigadores devem submeter para aceder aos fundos de uma investigação” (*Ibidem*).

Segundo Streubert e Carpenter (2002, p.8) “um investigador ao comprometer-se com um estudo “deve assumir uma responsabilidade pessoal e profissional assegurando que o desenho do estudo qualitativo seja sólido do ponto de vista ético e moral”.

Para Marques (2008: 86) “existem duas questões éticas que não devem ser esquecidas como o consentimento informado e a protecção dos sujeitos contra qualquer espécie de dano”. Esses autores refere que “isto visa assegurar que os participantes no estudo o façam de forma voluntária e em plena consciência dos perigos e observações que essa participação possa implicar e também que os mesmos não sejam prejudicados”.

Segundo Marques (2008, p.86) existem três princípios éticos que a enfermagem vem seguindo baseando-se nos padrões de conduta ética em pesquisa, são eles:

- Princípio da beneficência – Defende a protecção da pessoa contra danos físicos e psicológicos. Um pesquisador ético deve estar preparado para a qualquer momento interromper a pesquisa, tão logo note que a mesma possa ser motivo de sofrimento, incapacidade ou morte. Os participantes no estudo necessitam de ter segurança, no sentido de que a sua participação ou informação nunca possa ser usada contra eles;

- Princípio de respeito à dignidade humana – Inclui o direito à autodeterminação e o direito à revelação completa. As pessoas têm o direito de serem informadas sobre os objectivos do estudo e, no caso de concordarem participar, devem sempre assinar o consentimento informado;
- Princípio da justiça – Inclui o direito que os participantes têm a um tratamento justo, bem como à privacidade” (Marques, 2008, p.86).

A investigação que envolve seres humanos pode pôr em causa os direitos e liberdades da pessoa. Assim, para Fortin (1999, p.116), quando se inicia a investigação, temos de respeitar:

- **O direito à autodeterminação** - respeitar e garantir os direitos daqueles que decidirem autonomamente participar ou não na investigação. O investigador deve também informar que o sujeito pode abandonar a investigação em qualquer momento do estudo;
- **O direito a intimidade** - o investigador deve assegurar-se da protecção da intimidade dos sujeitos do estudo;
- **O direito ao anonimato e a confidencialidade** - o investigador deve garantir que as respostas individuais não passam identificar o sujeito. Os dados pessoais e íntimos não podem ser divulgados ou partilhados sem autorização expressa pelo sujeito;
- **Direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo** - o investigador tem de proteger o investigado contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazer mal ou de o prejudicar;
- **O direito a um tratamento justo e equitativo** - o investigador deve dar um tratamento justo e equitativo ao investigado, antes, durante e após a sua participação.

Aos utentes participantes da entrevista foi entregue o consentimento informado (anexo 5), e participaram de forma livre e esclarecida sem nenhuma ameaça, constrangimento, promessa ou pressão exigida. Referindo que os inquiridos são pessoas maiores de idade, que se encontram em plena sanidade mental, onde responderam sem a violação do direito à autodeterminação que “se baseia no respeito pelas pessoas segundo ela cada pessoa é capaz de decidir por ela própria” (Fortin, 1999, p.116), ou seja a entrevista foi realizada por livre e espontânea vontade dos participantes.

### **CAPÍTULO III - FASE EMPÍRICA**



### **3.1 Apresentação e análise dos dados**

Com a recolha dos dados, segue-se a apresentação e a análise dos resultados obtidos através de entrevista de perguntas abertas. Para isso optou-se por fazer a análise descritiva dos mesmos. Esta fase divide-se em dois componentes sendo a primeira a caracterização da população sujeitos entrevistados, a segunda pela análise de conteúdo das entrevistas de perguntas abertas.

Segundo Fortin (1999, p.306) “a análise dos dados é uma fase do processo indutivo de investigação que está intimamente ligada ao processo de escolha dos informadores ou participantes e às diligências para a colheita de dados”.

Ainda o mesmo autor realça que apresentar os resultados consiste “em fornecer todos os resultados pertinentes relativamente às questões de investigação” (*Ibidem*, p.330).

### **3.2 Caracterização da população em estudo**

Para Phaneuf (2001, p.129), “a confidencialidade é o direito de dispor da sua própria intimidade como se entender”. Os dados que serão expostos foram escolhidos por compreender serem os mais pertinentes para o presente estudo. Para preservar e as identidades dessas pessoas, foi pertinente recorrer a nomes fictícios, caracterizando-as assim: Carneiro, Touro, Gêmeos, Câncer, Leão, e virgem, que são nomes atribuído aos signos.

Segundo Vilelas (2009, p.372) “a confidencialidade implica num pressuposto a confiança que um indivíduo possui de que qualquer informação compartilhada será respeitada e utilizada somente para o propósito para o qual foi revelada”.

A população é constituída por seis utente sportadores da Diabetes *Mellitus*, com amputação dos MI, internados no HBS, no Serviço de Enfermaria de Cirurgia. As características da população em estudo serão descritas no quadro (2) que se segue:

**Quadro 2** - Caracterização dos entrevistados

<b>Nome</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Habilitações Literárias</b>	<b>Tempo de Amputação</b>	<b>Profissão</b>
<b>Carneiro</b>	Feminino	49	Casada	Ensino básico incompleto	2 meses	Doméstica
<b>Touro</b>	Feminino	35	Solteira	Ensino básico	1 mês	Doméstica
<b>Gêmeos</b>	Masculino	65	Casado	Ensino básico incompleto	2 meses	Reformado
<b>Câncer</b>	Masculino	56	Casado	Ensino básico incompleto	3 meses	Reformado
<b>Leão</b>	Feminino	41	União debfacto	Ensino básico	1 mês	Doméstica
<b>Virgem</b>	Feminino	45	Casada	Ensino básico	1 mês	Doméstica

Fonte: Elaboração própria

Na análise do quadro (2) que caracteriza a população observou-se que a maioria dos participantes são do sexo feminino que corresponde a (4 mulheres), e a minoria são do sexo masculino correspondente a (2 homens), adultos com idade compreendida entre os 35 á 65 anos de idade.

Quanto ao estado civil dos seis entrevistados quatro são casados (Carneiro, Câncer, Gêmeos e Virgem), uma é solteira (Touro) e uma com união de facto (Leão), de acordo com as habilitações académicas, três completaram o ensino básico (Touro, Leão e Virgem), e outros três tem o ensino básico incompleto (Carneiro, Gêmeos e câncer). Respectivamente ao tempo de amputação todas são cirurgias recentes, compreendido entre um (1) mês a (3) meses. No que se refere a profissão todos os entrevistados do sexo feminino são doméstica e os masculinos são reformados.

### **3.3 Análise de conteúdo das entrevistas**

Segundo Fortin (1999, p.364) “análise de conteúdo são estratégias que servem para identificar um conjunto de características essenciais a significação ou a definição de um conceito”.

Para Carmo e Ferreira (1998, p.251) “análise de conteúdo é definida como uma técnica de investigação que permite fazer uma descrição objectiva e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tendo por objectivo a sua interpretação”.

Complementando Vilelas (2009, p.333) “a análise de conteúdo abrange as iniciativas de explicitação, sistematização e expressão do conteúdo das mensagens, com a finalidade de se efectuarem deduções lógicas e justificadas a respeito da origem dessas mensagens”.

Ainda o mesmo autor alega que:

“A análise de conteúdo constitui um conjunto de técnicas de interpretação da comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ redução destas mensagens. A análise de conteúdo são necessárias intuições, imaginação e observação do que é importante, além da criatividade para a escolha das categorias” (*Ibidem*).

Segundo Carmo e Ferreira (1998, p.255) as categorias são “rúbricas significativas em função das quais o conteúdo será classificado e eventualmente quantificado e é um processo essencial na análise de conteúdo, pois fazem a ligação entre os objectivos e os seus resultados”.

**Quadro 3** - Distribuição das entrevistas realizadas em Categorias e Subcategorias

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vivenciando a notícia da amputação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A aceitação e rejeição (A informação como recurso chave)</li> <li>• Antecipação do alívio dos sintomas</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retratando a imagem e o corpo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baixa auto estima</li> <li>• Perda do corpo ideal</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relacionando com os outros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Família e amigos</li> <li>• Enfermeiros</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adaptando a vida á nova realidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividades da vida diária</li> <li>• Vida social</li> <li>• As dificuldades</li> </ul>

Fonte: Elaboração própria

## **Vivenciando a notícia da amputação**

Na dimensão vivenciando a notícia da amputação foi identificado duas categorias: a aceitação e rejeição (a informação como recurso chave), e a antecipação do alívio dos sintomas.

### **A aceitação e rejeição**

#### A informação como recurso chave

Segundo (Marques, 2008, p.92) “a informação é um factor facilitador na aceitação da amputação podendo também ser um factor dificultador. A falta de informação, informação pouco explícita ou até mesmo incorrecta podem levar à rejeição da amputação”.

**Carneiro** - *“fiquei normal, porque queria salvar a minha vida, o estado que me encontrava poderia perder a vida”*.

**Touro** - *“eu não queria, fiquei triste, chorei, mas o médico disse que se eu não fizesse a cirurgia poderia causar outros problemas graves”*.

Durante as entrevistas pude constatar que a comunicação eficaz, transmitindo a informação correcta e atempadamente em algumas participantes do estudo facilitou a aceitação da amputação, as quais referem que deste modo tiveram tempo de tomar uma decisão mais consciente.

De acordo com (Leitão, 1995, p.56) “o utente deve ser informado a respeito da amputação para que ele mesmo possa avaliar suas possibilidades futuras, para conseguir vencer suas dificuldades e ainda compreender as vantagens desta cirurgia”.

**Câncer** - *“senti triste, chorei naquele momento[...], falei com o doutor que não poderia ficar sem a minha perna, ele disse que se não cortar a perna poderia morrer, e assim deu tempo para pensar”*.

Aqueles que vêm sofrendo um processo mórbido que causa incapacidade e dor há algum tempo, frequentemente aceitam a amputação como uma solução para seu sofrimento.

### **Antecipação do alívio dos sintomas**

A aceitação da amputação, nos participantes deste estudo, foi relacionada com amputação como o único recurso para aliviar os sinais/sintomas dessa patologia.

**Gêmeos** – *“antes sentia muita dor depois de cortar o pé já não sinto dor, [...], a operação salvou a minha vida”*.

**Carneiro** – *“antes tinha muita dor, tomava sempre remédios para acalmar a dor”*.

**Câncer** – *“ não conseguia dormir, a dor não me deixava [...], mas depois que cortaram-me a perna sinto mais aliviado”*.

### **Retratando a imagem e o Corpo**

Retratando a imagem e o corpo surgiram como categorias: a baixa auto-estima, a perda do corpo ideal e a incompletude.

Segundo Schilder (2000, p.1940) “a imagem do corpo humano “é a figuração do corpo, em mente sendo assim é o modo com que o corpo se apresenta para as pessoas”.

### **Baixa auto-estima**

Segundo Franco (2009, p.327):

“A baixa auto-estima é uma característica das pessoas que se sentem inadequadas para enfrentar os desafios da vida, não acreditam nos seus potenciais e capacidade de dar resposta às questões da vida, tem uma estrutura emocional pouco sólida que origina o pessimismo e a negatividade”.

Para Franco (2009, p.327) “a auto-estima é um fenómeno mais social e sua construção e transformação estão directamente vinculadas à qualidade das relações estabelecidas pelo sujeito ao longo da vida”.

**Carneiro** – *“acho o meu corpo feio. Sem perna [...], tem muitas coisas que já não vou conseguir fazer, já não sou igual as outra pessoas”*.

**Virgem** – *“Tenho uma imagem péssima, tenho um corpo péssimo, um corpo feio, feio [...]*”.

Auto-estima é descrito por Serra (1999, p.406) “como sendo um componente integrativo do auto-conceito, podendo ser compreendida pela avaliação que o indivíduo faz de si próprio”.

Para a autora Marques (2008, p.108), “o sentimento da diferença é evidente e está essencialmente relacionado com a imagem corporal no momento pós cirúrgico, a impossibilidade de recuperação total do estado que anteriormente tinham e a incapacidade de voltar ao que era antes”.

**Câncer** - *“o meu corpo transformou, eu sinto feio nessa situação, as minhas roupas já não fica no meu corpo como eu gostava, [...]”*.

**Leão**- *“o meu corpo ficou feio, depois de cortaram-me o pé [...]”*.

### **Perda do corpo ideal**

Segundo Galván e Amiralian (2009, p.395):

“Muitas pessoas, após a amputação, deparam-se com um profundo sentimento de estranhamento de si mesmas, não se reconhecem nem fisicamente, nem no que diz respeito às suas reacções emocionais. O indivíduo vive a perda de uma parte do corpo como um aniquilamento de si”.

**Touro** - *“estou nova, ainda podia estar a trabalhar, a fazer a minha vida [...], eu não tinha um corpo feio, era forte mas não era feia de corpo, tinha um corpo direito, um corpo que se podia ver”*.

**Leão** - *“perdi o meu corpo, já não sou o que era antes [...], sou uma pessoa deficiente agora”*.

**Câncer**- *“o meu corpo transformou, sinto feio nessa situação, as minhas não ficam bem no meu corpo como eu gostava, [...], penso todos como cheguei nessa situação”*.

Os utentes que realizam a amputação entram no hospital sentindo-se uma pessoa normal, e após a cirurgia se consideram inválidos. Contudo, o paciente deve entender a amputação como uma nova fase e não como o fim da vida.

### **Incompletude**

Segundo Serra (1999, p.326) “a perda de um membro é uma situação causadora de grande tristeza, revelando-se sentimentos que vão para além da perda física, em que os indivíduos se sentem incompletos com a falta do membro”.

**Virgem** – *“[...] sinto-me incompleta, sinto que não sou uma mulher igual às outras, falta-me a minha perna”*

**Leão** - *“Sinto-me inválida. [...] Já não sou nada, é isso que sinto [...]”*.

## **Relacionando com os Outros**

Na presente dimensão definiu-se como subcategoria o Apoio/ falta de apoio, porém foi identificado diferentes actores: enfermeiros, família/amigos.

### **Apoio/ falta de apoio**

Num momento tão significativo de um indivíduo, como no caso da amputação, o apoio é essencial e torna-se precioso para aquele que o recebe, seja dado por parte dos enfermeiros, pela família e amigos.

#### **Família/ amigos**

A presença do outro é importante em toda a nossa vida, no entanto podemos dizer que é mais apreciada e necessária em determinadas fases. As relações familiares e de amizade durante e após a fase da amputação constituem um apoio importante na aceitação e adaptação à nova condição de vida, através do encorajamento e apoio moral.

**Gêmeos** - “[...],Tive muita visita, tive muitos colegas, e amigos que vieram me visitar, [...],as minhas famílias que estão no estrangeiro me telefonava todos os dias”.

**Carneiro** - “os meus filhos me apoia muito,[...], quando os amigos e famílias iam -me visitar dizia-me sempre: não te preocupes vai ficar tudo bem [...], o meu marido apoiou-me sempre [...]”.

**Leão** “Sempre me apoiaram em tudo [...], isto é a melhor família do mundo”.

Segundo Hanson (2001, p.6) “a família é sistema social composto por duas ou mais indivíduos, que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e económico”.

É na família que o utente procura ajuda necessária em momentos de crise como na amputação, por isso que o apoio da família no desenvolvimento de cada indivíduo é de fundamental importância, porque é no seio familiar que são transmitidos os valores morais e sociais que servirão de base para o processo de socialização.

#### **Enfermeiros**

Nas declarações de algumas participantes deste estudo é possível perceber que sentiram que foram cuidadas pelos enfermeiros durante o internamento hospitalar, valorizando a relação que estabeleceram com os enfermeiros, enaltecendo aspectos como a presença, o toque, a escuta e o carinho:

**Virgem** - *“Ajudaram-me sempre [...] os enfermeiros e enfermeiras me apoiavam em tudo, tudo o que eu precisava [...] sempre ali a tempo e a horas [...] mesmo para escutar.”*

**Carneiro** - *“Todo o apoio tem sido perfeito”.*

**Touro** - *“Graças a deus eles me trataram bem, antes de ir ao bloco cirurgico me apoiaram muito [...] foram sempre simpáticos comigo”.*

**Leão** - *“Os enfermeiros têm sido [...], bons profissionais”.*

Segundo Hesbeen (2001, p.35) “os enfermeiros no exercício do cuidar, mobilizam para além dos saberes de vária natureza, envolve uma imensidão de “pequenas coisas” que constituem aspectos importantes e marcam a vida das pessoas”.

Ainda o mesmo autor refere que “todas estas “pequenas coisas” quando associadas com os diferentes elementos que constituem uma determinada situação, nunca são comuns para a pessoa que recebe cuidados, na medida em que elas são sempre testemunho da grande atenção que estes profissionais podem prestar-lhe [...]”.

### **Adaptando a Vida a Nova Realidade**

Por último na categoria “Adaptando a vida a nova realidade” surgiu como subcategoria actividades da vida diária e vida social.

#### **Actividades de vida diária**

Embora a amputação possa causar sentimentos de inutilidade/incapacidade, os participantes deste estudo, tendo em conta as suas limitações, esforçando-se pela contínua procura de utilidade na realização de tarefas que anteriormente faziam.

**Touro** - *“quando eu voltar a casa, vou tentar fazer as minhas coisas que costumava fazer [...], na minha cadeira de roda [...]”.*

**Gêmeos** - *“Lavava a loiça, fazia a comida, eu sei que já não consigo fazer como era antes [...], mas vou lavar as minhas roupas e mais qualquer coisa nessa cadeira”.*

#### **Vida social**

Os participantes deste estudo descrevem-nos alguns aspectos da vida social que sofreram alterações, ou mesmo actividades que deixaram de realizar.

**Carneiro** - *“Já não consigo andar sozinho, ou seja já não consigo estar de pé [...], quando eu voltar para casa eu sei que já não vou conseguir lavar as minhas roupas, cozinhar, e muita coisa que não vou conseguir fazer [...]”.*



**Touro** -“[...] pronto, já não vou àquelas festas que ia. Já não vou a certos sítios que é complicado, pronto não me sinto capaz de estar numa festa a conviver [...]”.

**Câncer** -“andava muito, passeava muito, ia fazer as minhas compras e tudo. Agora já não ando para lado nenhum [...]”.

Tanto nas pesquisas bibliográficas como na parte das entrevistas realizadas aos utentes foi constatada que as implicações psicossociais são afectadas tanto ao nível físico, psicológico e social. É de realçar que o enfermeiro exerce uma função de extrema importância neste aspecto visto que a sua actuação começa no período pré e pós-operatório, envolvendo tanto o utente como os familiares. Onde o enfermeiro deve estabelecer laços de confiança, fornecer informações, esclarecer dúvidas, prestar apoio, e mostrar sempre disponível, pois cuidar em enfermagem exige promover e restaurar o bem-estar físico, o psíquico e o social e ampliando as possibilidades de viver e progredir, bem como as capacidades para associar diferentes possibilidades de funcionamento viáveis para a pessoa.

Segundo Watson (2002, p.55) “cuidar é o ideal moral da enfermagem, pelo que o seu objectivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana. Cuidar envolve valores, vontade, um compromisso para o cuidar, conhecimentos, acções carinhosas e as suas competências”.

Para Hesbeen (2000, p.66) “o cuidar é essência da enfermagem, apela a um sistema de valores, expressão de sentimentos entre dois seres vivos que exige um comprometimento, um dar e um receber visando a protecção da dignidade humana”.

No termino das análises de dados apurou-se que utentes entrevistados valorizaram a relação que foi estabelecido com os enfermeiros, enaltecendo aspectos como a presença, o toque, a escuta e o carinho.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o realizar desta pesquisa foi possível constatar de uma forma mais ampla as implicações psicossociais da amputação, proporcionou-me momentos de reflexão e experiência. Um conhecimento mais aprofundado sobre este fenómeno constitui um enriquecimento para a enfermagem, na medida em que pode proporcionar um cuidado mais fundamentado e mais atento às especificidades que esta situação acarreta.

Quanto ao processo de investigação realizado neste âmbito, pode-se afirmar que apesar de algumas dificuldades encontradas (carência de bibliografia sobre o tema em estudo), no decorrer do mesmo se alcançaram as respostas à pergunta de partida e aos objectivos propostos.

A DM está entre um dos principais problemas de Saúde Pública, sendo responsável pela morbimortalidade da grande parte da população diabética, e grande parte das complicações que a Diabete pode ocasionar, podem ser evitados.

As principais causas de amputação nas extremidades dos membros inferiores são a doença vascular periférica (vasculopatia periférica), Diabetes *Mellitus*, responsáveis pela metade das amputações, que atinge em maior numero, pessoas na faixa etária acima dos 35 anos, sendo os membros inferiores (dedos, pés, e pernas) os mais comprometidos.

A experiência da amputação constitui-se como um período difícil marcado pelo sofrimento, não se restringindo a um momento pontual relacionado com um acto cirúrgico, também assume como um processo prolongado no tempo, que se inicia com as limitações ocasionadas até o período de reabilitação.

O confronto com a realidade da amputação é sempre um choque, sentimentos de perda, dependência, inferioridade, invalidez, incapacidade e reacções depressivas, tais como, o choro, a tristeza e o isolamento. As alterações corporais resultantes da amputação influenciam sobre a auto-imagem. Perder uma parte do corpo representa, em um primeiro momento, perder parte de si mesmo, parte de sua identidade.

Devido às limitações impostas pela nova condição, o amputado reestrutura o seu quotidiano, especialmente ao nível das actividades de vida diária (relacionadas essencialmente com o espaço para facilitar a mobilidade e autonomia, bem como alterações ao nível da auto-imagem) e da vida social.

Entre as dificuldades sentidas encontram-se não só as relacionadas com as limitações físicas e de mobilidade mas também as relacionadas com a percepção de se sentirem olhadas de forma estigmatizante pela sociedade em que se inserem.

Embora a dependência seja causadora de grande sofrimento, o apoio demonstrado pela família e amigos é fundamental para superar as dificuldades e promover a autonomia.

No decorrer de todo o processo da amputação, o apoio por parte dos profissionais de saúde é entendido como muito importante, quer na aceitação do acto de amputar, quer no alívio do próprio sofrimento.

O objectivo fundamental do estudo foi adquirido na medida que foi possível identificar as implicações psicossociais da amputação dos membros inferiores nos doentes diabético no Hospital Dr. Baptista de Sousa, e o apoio da família, amigos e profissionais sobre esta temática em que essas foram identificadas através de uma entrevista semi-estruturada de perguntas abertas.

Considero que a pesquisa correspondeu aos objectivos a que foi proposto e estar ciente do elevado enriquecimento pessoal e profissional.

As propostas que se seguem serão direccionadas para o serviço de cirurgia do hospital batista de sousa onde desenvolveu a pesquisa.

**Propostas de melhorias:**

- Enquadrar mais profissionais de saúde, na equipa multidisciplinar tais como enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, medicos cirurgião, pois a demanda é muito baixa para a preparação e prestação dos cuidados;
- Preparar os utentes e os familiares tanto ao nível físico e psicologico antes da cirurgia;
- Respeitar a decisão do utente no pré e intra e pós-operatório.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ascensão, Helena. S.S, (2010), Da qualidade dos cuidados de Enfermagem à satisfação das necessidades do utente. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.  
<http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/26626/2/Helena%20Asceno%202010%20Dissertao%20de%20Mestrado%20em%20Cincias%20de%20Enfermagem%20%20Da%20qualidade%20dos%20cuidados%20%20satisfao%20das%20neces1.pdf>, 26-10-2013, 22:10.
2. Associação Protectora dos Diabetes de Portugal, (2009), Diabetes Tipo II:Um Guia de apoio e Orientação, Lisboa, Lidel – Edições Técnicas, Lda.
3. Barbosa, Sophie, (2010), Humanização dos Cuidados de Enfermagem. A Perspectiva do enfermeiro. Universidade Fernando Pessoa- Unidade de Ponte Lima- Faculdades de ciência da saúde.  
[http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1934/2/PG\\_16661.pdf](http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1934/2/PG_16661.pdf), 18- 02-2014, 08:30.
4. Bazhuni, N.F., Anna, P.A.S, (2006), O jogo de areia no atendimento psicológico de paciente com membro inferior amputado, Psicologia: Teoria e Prática, 8, p.87.  
<http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/1050>,24-03-2014, 18:30.
5. Beauchamp TL, Childress JF, (1994), Principles of Biomedical Ethics. 4ªedição. New York: Oxford. University Press.
6. Bilro, M. E. S; Cruz, A.G, (2004), Enfermagem Oncológica, 1ª edição, Vale Gemil, editora:Formasau, Lda.
7. Black, J. Jacobs, M, (1996), Enfermagem Médico Cirúrgico: Uma Abordagem Psicofisiologia, Volume II, 4ª Edição, Rio de Janeiro.
8. Bona, S.F., Ferraz, C, L., Barbosa, M, R, (2010), Prevalência do pé diabético nos pacientes atendidos na emergencia de um hospital público terceário de Fortaleza. Rev Bras Clin Med; 8, p.1. <http://www.ceatenf.ufc.br/Artigos/19.pdf>, 10-03-2014, 18:30.
9. Borges, A., Gorayeb, R., F. Freitas. (2013), Caracterização psicossocial de pacientes diabéticos de um hospital público universitário. Arquivos Brasileiros de

- Psicologia; Rio de Janeiro, 65 (2): 215.  
<http://seer.psicologia.ufrj.br/index.php/abp/article/view/796/>, 30-02-2014, 15:30.
10. Bortoletto, M. S., Haddad, M. C. L., Karino, M. E, (2009), Pé diabético, uma avaliação sistematizada.13 volume.”Arp. Ciência. Saúde Unipar, Umuarama.  
<http://revistas.unipar.br/saude/article/view/2795/2081>, 13-12-2013, 22:45.
  11. Caldeira, J. Estevão, P, (2002), *Pé diabético*, in Rui Duarte (org), Diabetologia Clínica. 3º Edição, Lisboa, Lidel - Edições Técnicas, Lda.
  12. Carmo, Hermano., M. Ferreira, (1998), Metodologia da Investigação: guia para a Autoaprendizagem. Lisboa – Portugal. Editora: Universidade Aberta.
  13. Chini G. C., Boemer, M. (2007), A amputação na percepção de quem a vivencia: Um estudo sob a ótica fenomenológica, Rev Latino-am Enfermagem 2007 março-abril; 15(2), p.5 [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt\\_v15n2a21.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a21.pdf), 15- 03-2014, 21:45.
  14. Collière, M.F, (1999), Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Sindicatos dos Enfermeiros de Portugal, Editora Lidel.
  15. Diogo, M, J, (1997), A dinâmica dependência- autonomia em idosos submetidos à amputação de membros inferiores. Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 5, n.1, p. 60-61, janeiro. <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v5n1/v5n1a0712-05-2014>, 17:45.
  16. Favas, S, (2012), Qualidade de vida e adesão terapêutica da pessoa portadora de úlcera venosa de perna, Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Feridas e Viabilidade Tecidual. <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13270/1/Tese%20MFVT%20Sandra.pdf>, 18- 02-2014, 08:30.
  17. Fortin, Marie-Fabienne, (1999), *O processo de investigação: Da Concepção á Realização*, Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda, Loures -Portugal.
  18. Franco, A. F, (2009), O mito da autoestima na aprendizagem escolar, Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional, Volume 13, nº2, p. 327. <http://www.scielo.br/pdf/pee/v13n2/v13n2a15>, 15- 02-2014, 18:30.
  19. Fronteira, I.S.E, (2002), *Estigma Social*. Pensar em Enfermagem, 1ª Edição. Lisboa.
  20. Gabarra L .M., Crepaldi, M . A, (2010), Estados Emocionais, formas de Enfrentamento, rede de Apoio e Adaptação Psicossocial em Pacientes Amputados,

- Tese de Doutorado apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Curso de Doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina. <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/93889>, 23-07-2014, 16:20.
21. Gabarra, L.M. ; Crepaldi, A. M (2009). Aspectos psicológicos da cirurgia de amputação, Aletheia 30, pp. 64-65. <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/%3FIsisScript%3Diah/iah.xis%26src%3D>, 17-02-2014,10:10.
  22. Galván, G. B., Amiralian, M. L. M, (2009), Corpo e identidade: reflexões acerca da vivência de amputação, <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v26n3/v26n3a12.pdf>, 03-05-2014, 18:00.
  23. Goffman, E, (1988), Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4ª edição, Rio de Janeiro.
  24. Graça, A, (2012), Introdução a Investigação Científica, Guia para investigar e redigir, São Vicente, edição da Universidade do Mindelo.
  25. Grossi, Sônia; P. Pascali, (2009). Manual de Enfermagem: Cuidados de Enfermagem em Diabetes Mellitus, Revista brasileira de enfermagem, 64, p. 203-8. [http://www.saudedireta.com.br/docsupload/13403686111118\\_1324\\_manual\\_enfermagem.pdf](http://www.saudedireta.com.br/docsupload/13403686111118_1324_manual_enfermagem.pdf), 22-03-2014, 09:15.
  26. Hanson, Shirley. M. H, (2005), Enfermagem de Cuidados de Saúde á Família. 1º Edição, Loures Lusociência edições técnicas e científicas, Lda..
  27. Henderson, Virginea, (2007), Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do Conselho Internacional de Enfermeiras, Loures, Lusodidacta,.
  28. Hesbeen, W, (2000), Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. 1ª edição, Lusociência, Edições Técnicas Científicas, Lda.
  29. Hesbeen, W, (2003), Criar novos caminhos: a reabilitação, Loures, Lusociência, Edições Técnicas Científicas, Lda..
  30. Hoeman, S, (2011), Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados, 4ª edição, Loures, Lusodidacta,., [http://imagonautas.gceis.net/sites/imagonautas.gceis.net/files/images/6.\\_de\\_siqueira\\_y\\_cardoso.pdf](http://imagonautas.gceis.net/sites/imagonautas.gceis.net/files/images/6._de_siqueira_y_cardoso.pdf) <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/925>, 08-07-2014, 19:45.

31. Jorge, A. M, (2004), *Família e Hospitalização da criança. Pensar o cuidar em enfermagem*, Loures.
32. Junior, A., Nazir, J, (2011), *A utilização da Técnica de entrevista em trabalhos científicos*, 7ª Volume, Evidencia, Araxá.
33. Leitão, A, (1995), *Clínica de Reabilitação*, 1ª Edição, São Paulo, Atheneu.
34. Margot Phaneuf, (2001), *Planificação de cuidados: Um sistema integrado e personalizado*, Coimbra, Quarteto Editora,.
35. Marques, M, (2008), *Sentimento de perda: vivências da mulher com amputação do membro inferior*, Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7150/2/DissertaoMestradoMarina.pdf>, 18-06-2014, 12:30.
36. Medina, José, (2011), *Guias de Saúde Diabetes*, 7º Volume, Quidnovi- Edições e conteúdos, S.A.
37. Ministério da Saúde, (2006), *Caderno de Atenção Básica: Diabetes Mellitus*, nº 16 Brasília. [http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/cad\\_AB\\_DIABETES.pdf](http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/cad_AB_DIABETES.pdf), 15- 07-2014, 10:30.
38. Moniz, José M. N, (2003), *A Enfermagem e a pessoa idosa: práticas de cuidados como experienciam formativas*. Portugal: Editora Lusociência técnicas e Científicas, Lda.
39. Monohan, F. D, Sands J. K, Neighbors, M. Marek, J.F, Green, C.J , (2010), *Enfermagem Médico- Cirúrgico* (perspectiva de saúde e de doença), 8ªedição, Loures.
40. Moreira, I.M.P.B. (2001), *O doente terminal em contexto familiar*, Coimbra: Formasau.
41. Morison, M. J., Moffatt,C. J., Franks, P.J, (2010), *Úlceras De Perna- Uma Abordagem de Aprendizagem Baseada na Resolução de Problemas*. 1ª Edição, Loures Lusodidacta- sociedade Portuguesa de Material didáctico, Lda..
42. Phipps, W. J., Sands, J.K., Marek, J. F, (2003), *Enfermagem Médico- Cirúrgico: Conceitos e prática clínica*. 6ª edição, Lusociência- edições técnicas e científicas, Lda.

43. Pires, S. R; Sandoval, R.A. (2010). Perfil de diabéticos amputados de membro inferior atendido no serviço de fisioterapia do centro de reabilitação e readaptação.Universidade Católica de Goiás, Brasil2(4).ISSN: 1989-6247. [http://www.trances.es/papers/TCS%2002\\_4\\_1.pdf](http://www.trances.es/papers/TCS%2002_4_1.pdf), 14- 05-2014, 15:15.
44. Potter, Patrícia e Perry, Anne. (2006). Fundamentos de Enfermagem Conceitos e Procedimentos. 5ª ed, Lisboa, Lusociência,.
45. Quivy, R; Campenhoudt, L .V, (1998), Manual de investigação em ciências sociais. 2ª ed, Lisboa, Gradiva.
46. Ribeiro, Jorge M.S, (2009), Autonomia profissional dos enfermeiros. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20083/2/AUTONOMIA%20PROFISSIONAL%20OS%20ENFERMEIROS%20%20JORGE%20RIBEIRO.pdf>, 22-04-2014, 22:00.
47. Rosa, F, (2007), *Implicações Psicossociais e Familiares da doença na pessoa com Tuberculose*, Dissertação de mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta, Lisboa. <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/709/1/LC362.pdf>, 13-06-2014, 23:00.
48. Rothrock, J.C, (2008), Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirurgico,13ª edição, New York.
49. Santos, A, (2008) Ensino Clínico de Enfermagem Médica,[On-line], [http://entrelinhas.weebly.com/uploads/3/5/3/1/3531036/livro\\_estgio\\_2ano\\_med\\_i.pdf](http://entrelinhas.weebly.com/uploads/3/5/3/1/3531036/livro_estgio_2ano_med_i.pdf) acessado em 17/01/14, 20:30.
50. Santos, F. V; Nunes, E.S; Melo, C. A; Farias, D.G, (2011), Amputações por Pé Diabético e Factores Sociais: Implicações para Cuidados Preventivos de Enfermagem. Rev Rene, Fortaleza, 12 (4), p.685. <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/283>, 22-04-2014, 22:00.
51. Santos, M.S; Ferreira, D.S; Silva, M.S; Vieira, G.C (2013), Medicina Preventiva: A promoção do autocuidado como ferramenta para a prevenção do surgimento do pé diabético, Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança,nº11(1),50-59. <http://server02.facene.com.br/revista/artigos/65/download%3Furl%3D%252Fhome%252Fdeployer%25>, 18-04-2014, 20:00.



52. Serra, A. V, (1999), O Stress na vida de todos os dias. 1 edição, Coimbra.
53. Shilder, P. (2000), A imagem do corpo: as energias construtivas da psique, 3ªEdição, São Paulo.
54. SILVA, K.N. (2009). Promoção do auto-cuidado para pacientes diabéticos em relação aos pés. Escola de Saúde Pública do Ceará. Curso de especialização em práticas clínicas em saúde da família, Fortaleza.
55. Silva, Ana, (2006), Amputação e Reabilitação: Estudo dos aspectos psico- legais do sujeito com amputação, Disertação de Mestrado em Psicologia Legal, Instituto superior de psicologia aplicada.
56. SILVA, Luísa F. (2004). Sócio Antropologia da Saúde- Sociedade, Cultura e Saúde/doença, 1ed. Lisboa, UniversidadeAberta.
57. Silva, S. P; M. Rodrigues; I. Vasconcelos; E. Santos; L. Sousa; Conceição, V. (2010). Meu corpo dependente: representações sociais de pacientes diabéticos. Rev Bras Enferm, Brasília, 63, p,404-9.  
<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a09v63n3.pdf>, 18-05-2014, 12:00.
58. Siqueira, R; Cardoso, H. (2011). O conceito de estigma como processo social: uma aproximação teórica a partir da literatura norte americana. Imagonautas 2(1)/ ISSN 07190166.
59. Souza, M, (2008), Autocuidado na prevenção de lesões nos pés: conhecimento e prática depacientes diabéticos, Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba.  
<http://www.ccs.ufpb.br/ppgeold/dissertacoes2008/dissertacaomariaamelia.pdf>, 18-05-2014, 11:00.
60. Souza, M.L.et al. (2005). O cuidado em enfermagem – uma aproximação Teorica. 14volume, universidade Federal da santa Catarina Florianópolis – Brasil. Red de Revistas Científicas de América Latina e do Caribe. Espanha e Portugal. (Abril-Junho) Universidade autónoma do Estado de México.  
<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a15v14n2>, 16-03-2014, 14:20.
61. Vianna, P. Barros, S, (2004), o significado do cuidado para a família na reabilitação psicossocial do doente mental: uma revisão teórica, Reme – Rev. min. Enf; 8(1), p.224  
<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&la>

[ng=p&nextAction=lnk&exprSearch=397468&indexSearch=ID#top](#), 11-05-2014,  
13:10.

62. Vieira, Sónia, (2009), *Conselhos para Diabéticos*, LouresLusociência -Edições Técnicas e Científicas, Lda.ISBN:978-972-8930-46-2.
63. Vilelas, José, (2009), *Investigação. O Processo de Construção do Conhecimento*. 1ªEdição, Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
64. Watson, J, (2002), *Enfermagem: ciencia humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures- Lusociencia.

## **ANEXOS**

## **Anexo 1 - Guião de Entrevista**

### **Objectivos Geral:**

- Identificar quais são as implicações psicossociais da amputação dos membros inferiores nos doentes diabéticos.

### **A. Caracterização geral**

1. Sexo: Feminino\_\_\_\_ Masculino\_\_\_\_\_
2. Idade: \_\_\_\_\_Anos
3. Estado civil\_\_\_\_\_
5. Habilitações Académicas\_\_\_\_\_

### **B. Amputação e a sua repercussão em relação:**

#### **1. Utente**

- 2.1 O que entende por amputação?
- 2.2 Há quanto tempo lhe foi feita a cirurgia de amputação?
- 2.4 O que sentiu quando lhe informaram que tinha de amputar um membro inferior?
- 2.5 Como se sentiu antes e depois da cirurgia (amputação)? Melhor ou pior?
- 2.6 Como a cirurgia lhe afeta, tanto física como psicologicamente?
- 2.8 Como encontra a sua auto-estima?

#### **2. Família**

- 3.1 Como a família e os amigos têm reagido perante a nova condição física.
- 3.2 Tem tido apoio da família. Acha que é importante esse apoio?
- 3.3 Tem tido apoio por parte da equipa de enfermagem (Enf. Comunitários e hospitalares)?

#### **3. Sociedade**

- 4.1 Será que é capaz de realizar as actividades de vida diária como fazia antes da cirurgia?
- 4.2 Quais as actividades que deixou de realizar?

Muito obrigada pela sua colaboração!

**Anexo 2 - Pedido de Autorização ao Hospital Dr. Baptista de Sousa para o estudo**

**Assunto:** Pedido de autorização para aplicação de uma entrevista

Exma. Senhora Directora do Hospital Doutor Baptista de Sousa

Eu, Zuleica Maria Morais, aluna curso de Licenciatura em Enfermagem do 4ºano, pretende desenvolver um trabalho de investigação para o trabalho de conclusão curso, vem por este meio mui respeitosamente requerer à Vossa Excelência autorização para a realização da entrevista no HBS com os doentes diabéticos amputados, que será utilizado no Trabalho de Conclusão de Curso de Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo que tem como tema: **As Implicações psicossociais da amputação dos membros inferiores nos doentes diabéticos.**

A Requerente,

---

/Zuleica Maria Morais/

Mindelo, 03 de Maio, de 2014

Anexo 3 - Autorização para Recolha de Dados da Coordenadora de Curso



UNIVERSIDADE DO MINDELO

Sapientia Ars Vivendi

11 ANOS PROMOVENDO A QUALIDADE



Exma. Senhora Directora  
Hospital Baptista De Sousa  
Dra. Sandra Vasconcelos

Mindelo, 21 de Março de 2014

Assunto: Recolha de Dados para Monografia do Final de Curso

A Coordenação do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, vem por este meio comunicar que no âmbito do Ensino Clínico Projecto Pessoal em Enfermagem Clínica, integrado no 2º Semestre do 4º Ano do curso, os discentes finalistas estão desenvolvendo os trabalhos de conclusão de curso (monografias).

Nesse sentido a Coordenação do Curso vem por este meio mui respeitosamente requerer a Vossa Exma. a autorização para realizarem a colheita de dados necessários a realização da investigação referente a monografia.

Em anexo o plano de distribuição dos referidos discentes nos campos clínicos bem como a lista dos diferentes temas de monografias e o respectivo orientador.

Em caso de alguma dúvida adicional não hesite em contactar-me,

Grata pela atenção disponibilizada em prol da educação e formação da nova geração de enfermeiros e profissionais da saúde de Cabo Verde.

A Coordenadora do curso Licenciatura Em enfermagem

Enf.ª Acelia Mireya Caceres

Universidade do Mindelo

Departamento Escola de Saúde



Tel.: 2316810 / 2318515 - E-mail: [mireya.caceres@uni-mindelo.edu.cv](mailto:mireya.caceres@uni-mindelo.edu.cv)

Rua Patrice Lumumba, CP 648 - Mindelo - São Vicente - CABO VERDE  
<http://www.uni-mindelo.edu.cv> - e-mail: [geral@uni-mindelo.edu.cv](mailto:geral@uni-mindelo.edu.cv) - Telefone: +238.2326810 - Fax: +238.2325132

**Anexo 4 - Autorização do conselho de ética do HBS para a aplicação do estudo**

*Superintendente de Enfermagem*  
*para parecer.* *13/05/14*

*A Comissão de*  
*Ética* *13/05/14*

**Assunto:**

**Pedido de autorização para aplicação de uma entrevista**

**Exma. Senhora Directora do Hospital Doutor Baptista de Sousa**

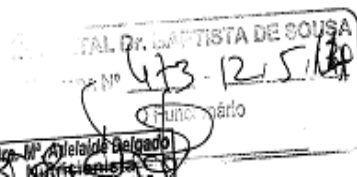
Eu, Zuleica Maria Morais, aluna curso de Licenciatura em Enfermagem do 4ºano, pretende desenvolver um trabalho de investigação para o trabalho de conclusão curso, vem por este meio mui respeitosamente requerer à Vossa Excelência autorização para a realização da entrevista no HBS com os doentes diabéticos amputados, que será utilizado no Trabalho de Conclusão de Curso de Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo que tem como tema: **As Implicações psicossociais da amputação dos membros inferiores nos doentes diabéticos.**

*Submitido*  
*13/05/14*

A Requerente

*Zuleica Maria Morais*  
/Zuleica Maria Morais /

Mindelo, 10 de Maio, de 2014



**Anexo 5** -Pedido de consentimento informado aos utentes diabéticos amputados do HBS

**Termo de Consentimento Informado**

**Tema:** “Implicações psicossociais da amputação dos membros inferiores dos doentes diabéticos”.

**Investigadora:** Zuleica Maria Morais

**Instituição de Ensino:** Universidade do Mindelo

**Contacto:** 9973208

**Email:** zuleicamora10@hotmail.com

Para a realização do Trabalho de Investigação para a Conclusão do curso de Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo, desenvolvo uma pesquisa com a seguinte pergunta de partida. Quais são as Implicações psicossociais da amputação dos membros inferiores dos doentes diabéticos? Assim sendo, gostaria que participasse de modo a que de o seu contributo nesta pesquisa.

Esta pesquisa tem como objectivo geral identificar implicações psicossociais da amputação dos membros inferiores nos doentes diabéticos, por isso pretendo entrevistar utentes amputados.

É uma temática relevante, visto que a diabetes tem sido uma das doenças com maior incidência, não só a nível nacional como internacional, e tem um tratamento radical para as suas complicações, que é a amputação.

É importante realçar que as informações serão utilizadas somente para o fim deste trabalho e serão tratados com sigilo de forma a preservar as identidades. É garantida a sua liberdade se pretender desistir de participar nesta investigação a qualquer momento.

Anexo aqui o consentimento livre e esclarecido que só será assinado caso o participante não tiver dúvidas.

Assinatura da Investigadora

Assinatura do entrevistado

---

( Zuleica Morais)